



Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
- + *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
- + *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter <http://books.google.com> durchsuchen.



Informazioni su questo libro

Si tratta della copia digitale di un libro che per generazioni è stato conservata negli scaffali di una biblioteca prima di essere digitalizzato da Google nell'ambito del progetto volto a rendere disponibili online i libri di tutto il mondo.

Ha sopravvissuto abbastanza per non essere più protetto dai diritti di copyright e diventare di pubblico dominio. Un libro di pubblico dominio è un libro che non è mai stato protetto dal copyright o i cui termini legali di copyright sono scaduti. La classificazione di un libro come di pubblico dominio può variare da paese a paese. I libri di pubblico dominio sono l'anello di congiunzione con il passato, rappresentano un patrimonio storico, culturale e di conoscenza spesso difficile da scoprire.

Commenti, note e altre annotazioni a margine presenti nel volume originale compariranno in questo file, come testimonianza del lungo viaggio percorso dal libro, dall'editore originale alla biblioteca, per giungere fino a te.

Linee guida per l'utilizzo

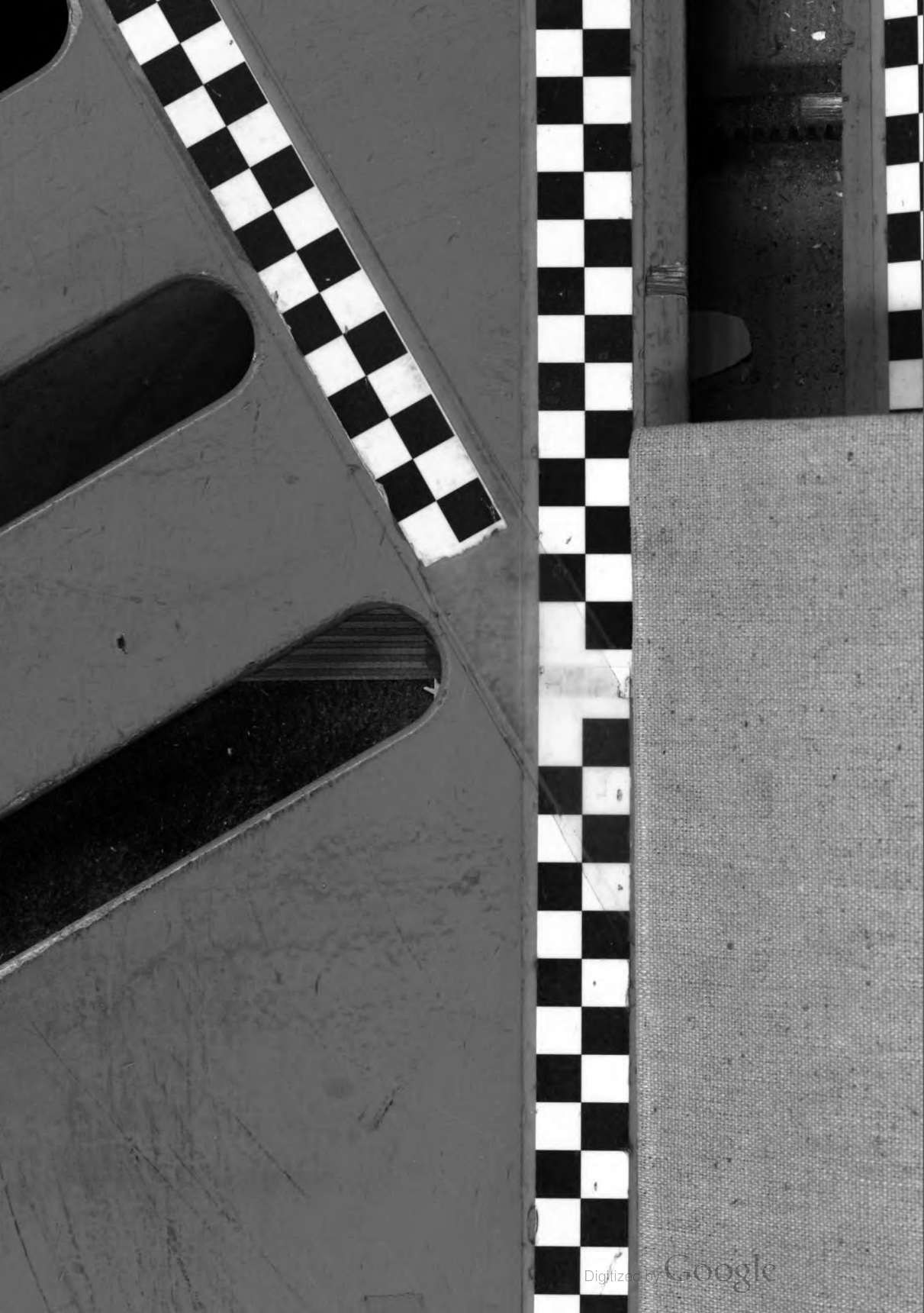
Google è orgoglioso di essere il partner delle biblioteche per digitalizzare i materiali di pubblico dominio e renderli universalmente disponibili. I libri di pubblico dominio appartengono al pubblico e noi ne siamo solamente i custodi. Tuttavia questo lavoro è oneroso, pertanto, per poter continuare ad offrire questo servizio abbiamo preso alcune iniziative per impedire l'utilizzo illecito da parte di soggetti commerciali, compresa l'imposizione di restrizioni sull'invio di query automatizzate.

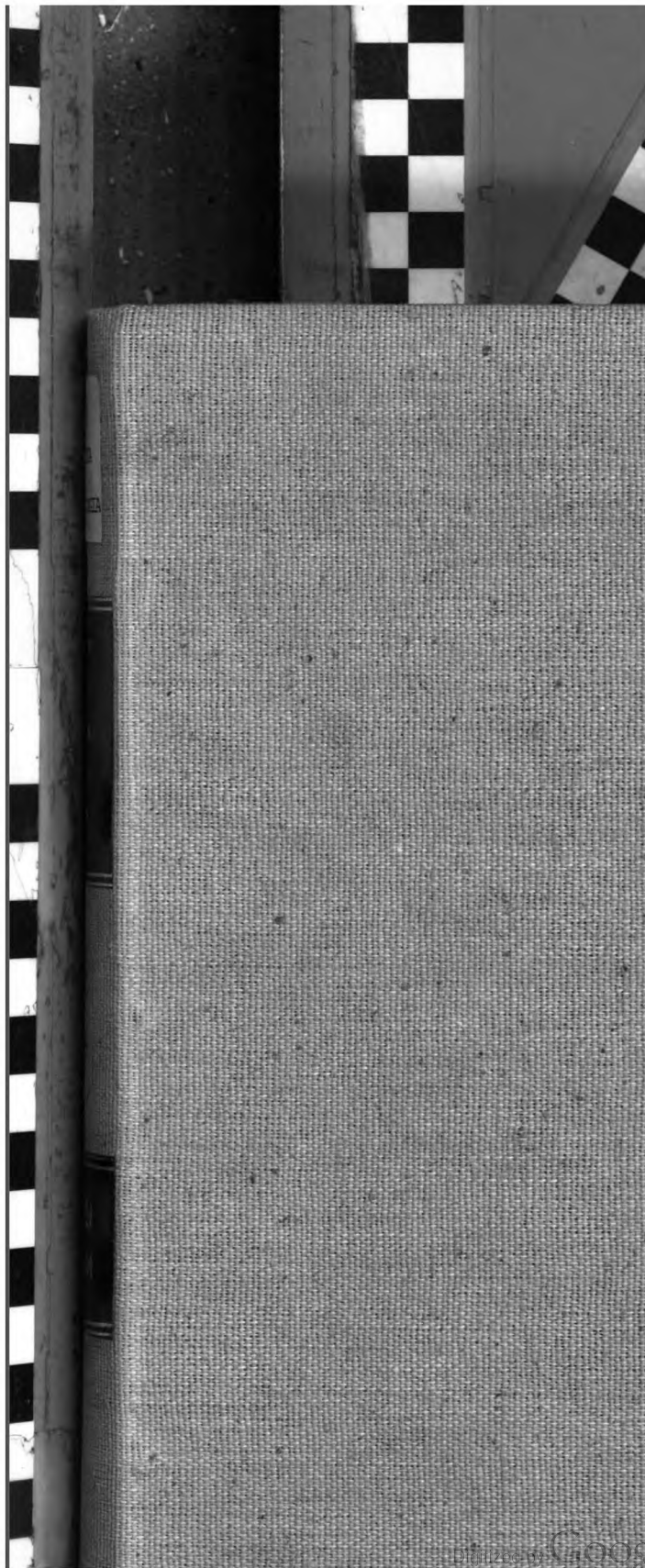
Inoltre ti chiediamo di:

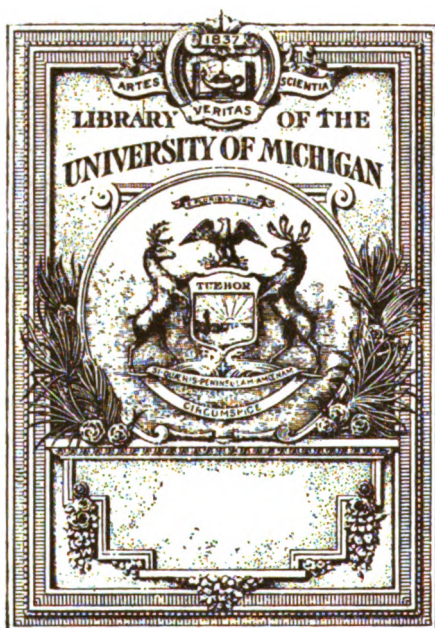
- + *Non fare un uso commerciale di questi file* Abbiamo concepito Google Ricerca Libri per l'uso da parte dei singoli utenti privati e ti chiediamo di utilizzare questi file per uso personale e non a fini commerciali.
- + *Non inviare query automatizzate* Non inviare a Google query automatizzate di alcun tipo. Se stai effettuando delle ricerche nel campo della traduzione automatica, del riconoscimento ottico dei caratteri (OCR) o in altri campi dove necessiti di utilizzare grandi quantità di testo, ti invitiamo a contattarci. Incoraggiamo l'uso dei materiali di pubblico dominio per questi scopi e potremmo esserti di aiuto.
- + *Conserva la filigrana* La "filigrana" (watermark) di Google che compare in ciascun file è essenziale per informare gli utenti su questo progetto e aiutarli a trovare materiali aggiuntivi tramite Google Ricerca Libri. Non rimuoverla.
- + *Fanne un uso legale* Indipendentemente dall'utilizzo che ne farai, ricordati che è tua responsabilità accertarti di farne un uso legale. Non dare per scontato che, poiché un libro è di pubblico dominio per gli utenti degli Stati Uniti, sia di pubblico dominio anche per gli utenti di altri paesi. I criteri che stabiliscono se un libro è protetto da copyright variano da Paese a Paese e non possiamo offrire indicazioni se un determinato uso del libro è consentito. Non dare per scontato che poiché un libro compare in Google Ricerca Libri ciò significhi che può essere utilizzato in qualsiasi modo e in qualsiasi Paese del mondo. Le sanzioni per le violazioni del copyright possono essere molto severe.

Informazioni su Google Ricerca Libri

La missione di Google è organizzare le informazioni a livello mondiale e renderle universalmente accessibili e fruibili. Google Ricerca Libri aiuta i lettori a scoprire i libri di tutto il mondo e consente ad autori ed editori di raggiungere un pubblico più ampio. Puoi effettuare una ricerca sul Web nell'intero testo di questo libro da <http://books.google.com>







610.5

G 497

P 974

Giornale di psichiatria

Clemente e Tancredi

Anno XXVII

Fasc. I e II

BOLLETTINO
DEL
MANICOMIO PROVINCIALE DI FERRARA



FERRARA
Tipografia dell' Eridano
1899



med.

Le Associazioni nelle psicosi acute da esaurimento

Nota clinica del Dott. A. Vedrani

La seconda parte degli studi sperimentali di Aschaffenburg sopra le associazioni, è data allo studio delle associazioni nell'esaurimento (1). A queste sue indagini sull'esaurimento, egli proponeva come fine lo stabilire i contrassegni precisi di quel fatto così spesso invocato nell'etiologia delle psicosi, svolgendolo dalla nebulosità che ancora ne oscura il concetto, e presentandolo in una sindrome sua propria.

Un individuo lavorava intellettualmente tutta la notte, e su lui si facevano esperienze a 10 ore di sera, a 1 ora, a 4 e a 6 ore del mattino. Le esperienze erano fatte con parole bisillabiche e monosillabiche, col metodo delle associazioni isolate, senza misura di tempo e con misura di tempo. Lo sperimentatore diceva una parola, e il soggetto dell'esperienza doveva associarne un'altra.

Importantissimi sono i risultati di queste ricerche. *Sempre, sotto l'influenza dell'esaurimento, il numero delle associazioni per assonanza aumenta (sono soprattutto le rime che aumentano), mentre le associazioni interne si fanno meno frequenti.* La tabella seguente, una fra le tante che sono nel lavoro di Aschaffenburg,

(1) Experimentelle Studien über Associationen, II Theil. (*Psychologische Arbeiten* von Kraepelin Bd. II pag. 1-84).

dimostra l'aumentare delle associazioni per assonanza verso la fine della notte, quando lo spossamento s'impadronisce dell'organismo.

Ore dell'esperimento	ASSOCIAZIONI			
	Interne	Esterne	Per assonanza	Mediate
9 ore 45, di sera	23	74	2	1
12 ore e 35	26	50	20	4
3 ore e 25, mattino	20	53	25	2
6 ore e 15, mattino	12	60	28	—

Era presumibile che i sintomi, trovati nell'esaurimento fisiologico, si avessero ad incontrare anche nelle Psicosi da esaurimento; in quelle psicosi che, secondo il concetto del Kraepelin, si può pensare insorgano per un eccessivo consumo o un'insufficiente riparazione del materiale nervoso nella corteccia, e si collegano a gravi patimenti del corpo come sono dati dal parto, da acute malattie febbrili, da forti perdite di sangue; psicosi delle quali sono manifestazioni cliniche comuni ed essenziali il disturbo profondo dell'appercezione e dell'elaborazione delle impressioni e delle immagini, l'elevarsi dell'eccitabilità motoria, e per lo più anche illusioni ed allucinazioni.

L'osservazione clinica avvalorava questa presunzione, e il consenso dei fatti clinici coi fatti sperimentali non potrebbe essere maggiore: Aschaffenburg rileva come sia fenomeno frequente e notato, nella logorrea (*ideenflucht*) di questi malati, il parlare per rime, il succedersi delle parole attirate l'uno dopo l'altra dalla sola assonanza: « *Englein, Klänglein, Zänglein, Tänglein, Benglein... aber Geschwisterliebe, die ist trübe, die ist Vossius, Mossius, Kossius, Küssius, Küsse das sind keine Küsse das sind Schlüsse, keine Schlüsse sondern Flüsse ecc.* »; così parlava un malato di Amenza, osservato dall'illustre psichiatra di Heidelberg.

A me sono occorsi di recente due casi clinici, che mi sembrano, per questo rispetto, non senza qualche interesse.

Guerzoni Fortini Maria, di 59 anni, di condizione povera.

Il padre è morto di malattia polmonare, la madre di vizio cardiaco, un fratello è morto al manicomio. Nessun altri fra i suoi consanguinei ha sofferto di malattie nervose o mentali. Essa aveva indole tranquilla, intelligenza comune, costituzione sana. Ha partorito otto volte: sette figli sono morti fanciulli: sopravvive una figlia sana e robusta.

Moglie a un lavoratore di campi, ha patito di insufficiente alimentazione: da tre anni, essa che non ebbe mai malattie, ha presentato decadimento fisico generale, e, in estate, qualche nota somatica di pellagra.

L'insonnio e la cefalea, di cui aveva patito negli ultimi anni qualche volta, divennero sintomi continui e gravi nel luglio 1898: s'aggiunsero sensazioni morbose vaghe, prostrazione di forze e alterazione completa della personalità. Il medico curante enumera così i sintomi che presentò allora per due mesi: allucinazioni, illusioni, insonnia, smania, suicidezza. Spesse volte ha tentato di offendere i vicini, armata di bastone o di sassi, vociendo e infuriando. Un giorno in settembre, nuda, a capelli sciolti, agitando stranamente le braccia, è entrata in una scuola di fanciulli, rincorrendoli e terrorizzandoli, alternando minacce con parole di tenerezza. Tre volte tentò gettarsi dalla finestra, due volte nel pozzo.

Questi sintomi, in maggiore o minor grado, duravano da due mesi, quando la donna fu condotta al manicomio il 24 Settembre 1898.

Al suo arrivo presenta condizioni fisiche generali miserevoli, agitazione motoria, logorrea insensata che non s'interrompe mai. Non risponde alle domande e dimostra un oscuramento profondo della coscienza. Nella notte, passata quasi tutta insonne, si stabilisce improvvisamente un intervallo lucido: la donna, perfettamente orientata, riconosce questo luogo dove è stata più volte a trovare il fratello. Vorrebbe tornare subito in famiglia: ma è molto abbattuta e fatica a raccogliere le idee.

Il giorno 26, quasi improvvisamente, salta dal letto, lacera le lenzuola, mette sossopra la camera: comincia allora una logorrea continua, insensata, espressa con cadenze ritmiche speciali.

L'associazione dei simboli verbali si fa per pura consonanza fonetica. Ecco in esempio un brano:

... ed di ed not... in tal punt dla nostra mort... amen e così sia... salutam tut da parte mia... perchè noster fiol l'ha nom Guerin... e l'ha nom Paulin... e brisa Bruchin... e brisa Guerò... e brisa brucòn... che quand' al magnava al s'ingusava si no si no si no si no e si e no si no (cantilena).

È allucinata: certi momenti parla colle figure delle sue allucinazioni. Il disorientamento è completo. Rifiuta il cibo.

Queste condizioni, interrotte solo da qualche intervallo lucido, durano con poco mutamento fino al mattino del 1 Ottobre. La donna si sveglia al mat-

tino cosciente e orientata. Parla delle allucinazioni dei giorni passati; le pareva di essere nel cimitero di Roma e di trovarsi nel camerino con due morti. Ne parla come di un sogno angoscioso e terrifico. Non ricorda nulla del suo discorrere per rima.

Tornata al suo stato normale, la donna è stata bene tutto il mese d'ottobre, però guadagnando poco nella nutrizione generale. Ai primi di Novembre è dimessa guarita.

Ma nel Febbraio di quest'anno è ricaduta: cefalea, insonnio, prostrazione di forze dapprima, poi il quadro clinico preciso dell'altra volta. Ricondata da noi il 7 Aprile in condizioni di nutrizione compassionevoli, la donna ha presentato fino al 14 Aprile disorientamento completo, logorrea incoerente, continuata per ore intere, espressa con voce quasi spenta e nasale (*chinolalia aperta*, Goldscheider) e con accentuazione ritmica, e tutta dominata dall'assonanza. Cito un frammento (mattina del 10 Aprile).

regina reginèt e ragion... reginèt e zampinèt... Vizenz e Vizinzin... Stefan e Stefanin... l'aveva un pulin... Augusto Augustin... Ernesto Ernestin e un bicier d'vin... ch'era tant piculin... perchè io non vudo a cavar la tera come fa una topa sotto tera... e se non vogliono eredità... ch'ial lassà andà... chi vaga a la porta... che a me an m'importa. Azzolin Azzolett... Ernest Ernestét... Augustin Augustinòn... Minghin Mingòn... rizzulon... e Azzolini e Azzoletti... solfunin e solfunetti... e fazzoletti... chi vgniva a Frara... i vgniva a sonar la chilara... mi mader l'ha nom Isabela Isabela Isablin... sarà mi nunin... e Azzolini Azzoletti... e Ciplin Capelletti... e fazzoletti solfunin solfanetti ancòra... chi vada a la milòra... che me am ciam Guerzòn... ch' i' s' vaga amaza tot i molòn.

Questo stato s'è interrotto più volte, per dar luogo a remissioni lucide, della durata di alcune ore.

Il mattino del 14 Aprile la donna è tornata allo stato normale e da allora non è più ricaduta.

Carlini Albina ha 45 anni. Il padre è morto di cholera, la madre d'influenza, una sorella di malattia acuta.

L'Albina è d'intelligence sveglia, di carattere buono. Ha due figli sani. Non ha mai patito difetto di mezzi alimentari, nè faticato eccessivamente. Ha sofferto di febbri malariche, spesso di odontalgia e di erisipela recidivante in questi ultimi anni.

Il 26 Marzo 1899 si rinnovò l'erisipela, prima alla guancia, poi alla fronte. Dopo sei giorni fu chiamato il medico, il quale la trovò apirettica e le ordinò certe polveri.

La donna le rifiutò dicendo ch'era veleno, e fu questo il primo sintoma d'alienazione. Poi cominciò a vaneggiare, a urlare, a cantare, a dare in ismanie. Non conosceva più i suoi di casa e li chiamava con falsi nomi: come

essa ha raccontato poi, richiamando qualche ricordo frammentario che le resta di quei giorni, essa non capiva più nulla; un frate accorso al suo letto le parve un'ombra; poi le parve che le mettessero sul volto un gran mascherone; poi, come in sogno, le parve di essere in un gran palazzo a Roma. In questo stato è condotta al manicomio il 5 Marzo.

Smania, si dibatte, canta, rifila discorsi insensati tutto il giorno. Non risponde a nessuna dimanda, è in uno stato di smarrimento e disorientamento profondo.

Ecco un frammento della logorrea la sera del 5 Marzo:

« *xer xer xer xer xer xer xer xer* » (ma che cosa vuoi dire?) « *xer ma so io? ma niente xer xer xer xer ma è troppo xer xer non è vero xer* » (ripete infinite volte questa parola, accompagnandola con movimenti ritmici del capo) « *xer ecco la croce ecco la croce ecco la croce sono perduta? no, che ho detto! ecco la croce ecco la croce* (ripete molte volte).

Al mattino del giorno 6 la donna è quieta, e sebbene all'aspetto e a qualche parola sembri ancora tenuta da un certo grado di smarrimento, pure dalle risposte sue risulta che non è più disorientata. Non ricorda nulla di ieri e descrive il suo stato presente con queste frasi: « mi pare di destarmi da un sogno..., mi pare di ragionare non so dove..., il cervello non può unirsi a formar la ragione, ho come il cervello battuto..., conosco che è una grandissima umidità prodotta dentro il cranio.... ». Mentre le esamino il torace, improvvisamente con atto rapidissimo si copre e si rannicchia sotto le lenzuola. Subito dopo si rioffre all'esame.

Nel pomeriggio balza dal letto, getta per aria le coperte, salta per la camera vociando. Rimessa a letto, ricomincia la logorrea; interrogata, risponde che è qui da tre ore.

« *Io sono matta che non conosco più niente acqua fuoco acqua foco acqua foco acqua foco e avanti un poco foco foco foco acqua foco venite pure foco tutto foco poco corri acqua foco foco si si no Adalgisa! foco non conosco poco questo è foco questo è poco* (e continua un pezzo *acqua acqua foco foco*).

6. 7. 8. Marzo - Persiste il disturbo di coscienza: non risponde a domande, ma spalanca stranamente gli occhi e fa boccacce. Rifiuta il cibo.

9 mattina « *dagli foco dagli foco dagli foco* (ripete molte volte) *in ginocchio dagli foco dagli foco dagli foco giuro giuro giuro giuro* (ripete molte volte) *uno due tre tre tre tre tre* (molte volte), *sono matta sono matta piove piove piove foco foco piove foco*.

12. Solite smorfie del viso e spalancate d'occhi, logorrea confusa con associazioni per assonanza e ripetizione di parole e di frasi.

« *acqua di Ferrara.... acqua di Ferrara.... acqua d'Frera... guera... tera... guera mi faccia il favore di acqua di Ferrara* (ripete molte volte) *acqua di Ferrara sono paxxa sono matta sono paxxa*.

Per tre settimane persistono questi fenomeni attenuati; risponde il suo

notie, ma dice di avere 25 anni e di essere a Roma: scambia le persone; è di umore irritato; solo interrogandola, parla incoerente; ma senza assonanze o ripetizioni di parole.

La mattina del 2 Aprile si desta guarita con ricordi frammentari della malattia: dopo pochi giorni lascia l'ospedale molto migliorata nelle condizioni generali.

Nel primo caso fu posta fin da principio la diagnosi di Amenza. Una donna di 59 anni, immune fino a questo tempo da malattie mentali, ma non immune forse per il passato da intossicazione pellagrosa; debilitata dai patimenti della miseria, deperita nella nutrizione generale fino allo squallore, e abbandonata di forze; dopo un periodo prodromico di cefalea e d'inquietudine presentava agitazione motoria insensata, disorientamento, sebbene l'attenzione della inferma fosse vigile sull'ambiente, confusione permanente anche dopo cessato l'eccitamento motorio, fuga di parole, allucinazioni, scambio di persone, remissioni lucide, brevi e replicate.

La guarigione avvenuta dopo tre mesi circa ci ha dato ragione. Una recidiva dopo qualche mese ha riprodotto il quadro stesso della prima volta.

Il secondo caso, insorto durante un'erisipela dopo caduta la febbre, è un caso volgare di *delirio collasso* di Weber.

Nel primo caso abbiamo notato un incalzare di rime, una fuga di parole attirate l'una dopo l'altra dalla sola assonanza ed espresse con accentuazioni ritmiche. Il fenomeno durava per delle ore, e si è ripresentato in una recidiva della malattia.

Qui dunque abbiamo una bella concordanza dei fatti clinici coi fatti sperimentali, prima esposti.

Nel secondo caso abbiamo anche trovato associazioni per assonanza nella logorrea, ma più spesso *ripetizione di parole*. E qui pare che la consonanza dei fatti clinici cogli sperimentali venga meno.

Infatti a pagina 34 del suo citato lavoro Aschaffenburg scrive:

» Nella sua comunicazione intitolata - Studi sperimentali sopra le Associazioni - Kraepelin scriveva nel 1883: « nella stanchezza si produce una ripetizione stereotipa delle stesse parole ».
» *Dopo i miei esperimenti io non posso ora più partecipare a*

» *questa veduta* ; ma debbo per altro osservare che io stesso nella
» mia comunicazione sopra i sintomi psichici dell' esaurimento (1)
» ho sostenuto il concetto che nella stanchezza il collegamento
» associativo nel processo formale del pensiero diventa stereotipo ».

Gli ultimi esperimenti hanno invece dimostrato ad Aschaffenburg (pag. 33. 32 e 81) che il numero delle parole ripetute più volte in risposta alla parola-stimolo, numero che può essere riguardato come espressione di una uniformità maggiore o minore di idee, non aumenta col progredire dello spossamento.

Egli avanza quindi l'opinione che « l'insistere delle stesse rappresentazioni verosimilmente non ha a che fare coll'esaurimento acuto normale, ma appartiene ai sintomi degli stati costituzionali della neurastenia acquisita ».

Ora, di fronte ad un caso di delirio da collasso che ha presentato bensì associazioni per assonanza, ma prevalentemente stereotipia di parole, che cosa dobbiamo pensare? Ha avuto torto Aschaffenburg a mutare opinione? I suoi risultati sperimentali non giustificavano il mutamento, ed è sempre vero, quello che anch'egli prima ammetteva: che l'esaurimento dà luogo a stereotipia di rappresentazioni mentali, a ripetizione di espressioni verbali? Ovvero la diagnosi di delirio da collasso è sbagliata in questo caso, ed il processo morboso che ho descritto, sebbene renda un'immagine perfetta del delirio astenico di Weber, non ha nessuna attinenza causale coll'esaurimento? Sarebbe avventatezza per ciò solo entrare in dubbi sulla giustezza dell'interpretazione che Aschaffenburg ha dato de' suoi reperti sperimentali; sarebbe anche leggerezza mettere in forse il giudizio eziologico, contenuto nella nostra diagnosi, solamente perchè la malata presentava ripetizioni di parole, ciò che l'indagine sperimentale non ha trovato nell'esaurimento fisiologico.

Senza che lo sperimentatore rinunci alla sua interpretazione o il medico alla sua diagnosi, sembra facile darsi ragione del dissenso apparente. Basta pensare che l'associazione ecolalica, o che si tratti di reazione a singoli stimoli esterni o si tratti di associazione seriale automatica (autoecolalia), è la più elementare

1) *Archiv. f. Psych.* Bd XXV pag. 596 « besonders interessant war das Auftreten von sinnlosen Wiederholungen schon vorgekommener Worte ».

delle associazioni per assonanza, rappresenta una semplificazione regressiva dei processi associativi e sta nella scala delle associazioni all'infimo grado. È coll'associazione ecolalica, osservano Guicciardi e Ferrari in un interessante lavoro, che comincia il linguaggio del bambino. « Ogni volta che gli si ripete una data sillaba, le onde sonore si trasmettono dalle terminazioni periferiche a quelle centrali dell'acustico: ma, arrivate al cervello, queste vibrazioni non possono perdersi, e però cercano di evadere: la sensazione si deve mutare in atto, perchè il riflesso si compia. È allora che la vibrazione trova la sua via al centro della parola, ed è allora che si ha la ripetizione del suono percepito, ripetizione automatica, puramente riflessa che può non aver nulla di cosciente, come non è cosciente dell'eco che provoca il muro che rifrange le onde sonore, quando gli si spingono contro, come è incosciente il pazzo ecolalico... » (1).

È logico per ciò ammettere che quando l'esaurimento, che dà luogo ad associazioni per assonanza, si intensifica, il processo associativo si semplifichi ancora e dia luogo a stereotipia di parole.

È questo è il nostro caso. Per quanto noi crediamo di non dilungarci dal vero rappresentandoci la condizione che ha sviluppato il delirio di Weber come un collasso, come « un'oscillazione acutissima dell'equilibrio del sistema nervoso » (Kraepelin), pure non c'è chi non veda, al di là delle poche analogie, la differenza grande che passa tra lo spossamento prodotto da una notte vegliata nel lavoro, e l'esaurimento acuto dei malati in discorso. Lasciando stare che in questi la condizione etiologica è più complessa (2), è forza qui concepire un esaurimento di tal grado che quello di chi veglia lavorando è nulla al paragone: tanto vero che, nel caso clinico, si va fino alla disassimilazione generale del processo ideativo e al disturbo di coscienza. Ora, dato uno spossamento tanto più grave, ci meraviglieremo noi che, di pari passo colla intensità maggiore di tutti gli altri fenomeni,

1) *Rivista di Freniatria* Vol. XXIII pag. 671.

2) Kraepelin. *Psychiatrie* 6. Ed. Vol. II pag. 34: neben der Erschöpfung öfters noch andersartige Ursachen wirksam sind, namentlich etwa gewisse Krankheitsgifte und Zerfallstoffe.

i processi associativi subiscano un ulteriore deterioramento fino a risultarne la stereotipia delle parole, ciò che rappresenta l'ultima loro discesa?

Ho voluto fermarmi su questo punto per ciò che, come si è cercata o in parte trovata la consonanza dei fatti clinici e degli sperimentali, così è bene ancora notare dove comincia il dissidio. Dissidio del resto che, almeno mi sembra, non è difficile a comporre, perchè si dissipa per poco che il nostro esame si approfondi oltre le apparenze esteriori alla ricerca d'una interpretazione.

Una anomalia del muscolo pellicciaio

pei Dottori **R. Tambroni** e **R. Lambranzi**

O. D., demente giovanile che animalò circa a l'epoca della pubertà e che da ventisette anni è nel nostro Istituto, è un uomo alto, grosso, pingue, il quale passa la maggior parte del tempo stando seduto, immobile, il busto diritto, i gomiti stretti ai fianchi, le mani intrecciate; non parla mai, e solo allora che la insistente richiesta degli infermieri lo vinca, gli escono da le labbra tenui, come in un susurro, parole tronche affrettate. Il suo volto è rigido; pare che i muscoli mimici abbiano perduto ogni potere di contrarre la cute del volto per atteggiarlo a la più semplice espressione affettiva.

Solo quando egli mangia si nota, a vederlo di faccia, sempre fuori d'ogni espressione speciale, un complesso di movimenti assai maggiore della norma e diffuso al collo e a la parte superiore del petto. È una contrazione quasi sempre sincrona col moto d'abbassamento della mandibola, per la quale si vede la cute della parte bassa e anteriore del collo e del sommo del petto stirarsi verso l'alto senza far rughe e spostando di almeno un centimetro i capezzoli delle mammelle (4.^a costa); lo stiramento della cute si avverte inoltre partire dal margine anteriore inferiore delle due ascelle, dai punti acromiali delle spalle, da le parti laterali del collo, pressapoco al margine esterno del muscolo splenio, e dirigersi a l'interno e in alto, ma formando, specie nelle parti inferiori, delle sottili digitazioni rugose.

Nel medesimo tempo, da la regione sopraioidea, dirigendosi ad angolo aperto in basso fino verso l'estremo delle inserzioni sternali dei muscoli sternocleidomastoidei, si rilevano due cordoni sottocutanei contratti, ed a l'esterno di questi e nella stessa direzione, ma partendosi dal margine inferiore della mandibola, se ne disegnano altri più sottili e più brevi. Si av-

verte inoltre l'abbassamento maggiore della norma del labbro inferiore con contemporaneo stiramento a l'esterno e in basso degli angoli boccali e lieve stiramento in basso della parte inferiore delle guancie.

È facilmente rilevabile che tutta la regione, per la quale si diffonde il movimento ora descritto, è quella occupata dal muscolo pellicciaio del collo. I limiti superiori e laterali, i punti ascellari e acromiali, la parte superiore del torace sono quelli che in ogni trattato di anatomia si sogliono assegnare a la delimitazione di tale muscolo; nel nostro caso sembra esorbitare solo il limite inferiore, il quale raggiungerebbe la quarta costa.

Il fatto della maggiore ampiezza costituisce già di per sè una anomalia, ma assai più notevole è il fenomeno del movimento, il quale inoltre avviene solo nell'atto della masticazione; in qualunque altro momento o per qualsiasi eccitazione meccanica o dolorifica il platisma resta immobile.

Ciò avrebbe potuto far pensare ad una anomala innervazione del muscolo e tale che nell'atto del masticare, oltre a l'opera dei muscoli temporali, masseteri e pterigoidei, si avesse l'intervento attivo del platisma per azione d'una qualche branca supplementare del 5.^o paio. Ma quantunque una tale anomalia nervosa rifuggisse in primo luogo da l'essere ammessa per la mancanza di ogni dato di anatomia comparata, che potesse valere a darci fondamentale sussidio, noi abbiamo voluto risolvere questo dubbio con una prova positiva: e la faradizzazione del facciale a l'uscita del forame stilo-mastoideo ci ha dimostrato nettamente la contrazione del pellicciaio.

Frattanto si può dire che il movimento implichi la ipertrofia primitiva o secondaria dell'ampio foglio muscolare, la quale è messa assolutamente in evidenza da la vigorosa contrazione, da noi osservata, di quei fasci anteriori e laterali che nel platisma sogliono normalmente essere più distinti e manifesti. Con la presenza della ipertrofia si comprenderebbe facilmente la possibilità della contrazione attiva del muscolo sotto la dipendenza della volontà, ma, se questa fu potuta stabilire nel caso di Mirto (1), non la è ugualmente, per le speciali condizioni psichiche dell'infermo,

1) G. Mirto. - Abnorme sviluppo del pellicciaio in un demente. - *Arch. di Psichiatria* V. 17. pag. 451.

nel nostro; onde a l'ipotesi che a l'atto del masticare si associ la contrazione del muscolo pellicciaio del collo solo per intervento della volontà dell'infermo, non si può appoggiare con sicurezza la spiegazione del fenomeno, senza contare anche ch'ella riuscirebbe poco convincente nel caso speciale del movimento d'un muscolo, che non ha nessun potere attivo nella masticazione.

Resta a pensare però se si tratti di un movimento trasmesso o di un *tic*. A la prima e semplice interpretazione s'oppone la evidente soggettività del movimento muscolare, espressa dai lievi stiramenti delle guancie e del labbro inferiore, da la manifestazione e da l'indurimento dei fasci principali del platisma.

Del *tic* invece abbiamo la periodicità e la coordinazione del movimento, abbiamo la disposizione psichica; e noi sappiamo tutti come nei pazzi in generale e nei dementi giovanili in particolare i *tic* siano frequenti. Sembrerebbe a tutta prima opporsi a questo giudizio la mancanza di un segno, al quale si suol dare una grande importanza per la diagnosi di *tic*, ossia la riproduzione esagerata in maggiore o minor guisa, nel movimento muscolare abnorme, di un atto fisiologico (1); e la contrazione del pellicciaio non sarebbe appunto nell'uomo mai fisiologica.

Ma se noi rammentiamo l'anomalia anatomica del nostro infermo, onde si ha lo sviluppo. abnorme per estensione e spessore di un muscolo, che suole esistere, così sviluppato, solo in esseri inferiori; se noi ci riferiamo a la sua funzionalità, la quale — pure non cooperando a la masticazione, ma forse per ufficio protettivo — si esercita appunto in molti di quelli durante l'atto del mangiare, possiamo credere che a la stigma anatomica si sovrapponga la stigma funzionale, e si abbia così nel nostro infermo, con la espressione di un *tic*, la ripetizione di un movimento, che nella filogenesi fu fisiologico.

L'esilissimo platisma, che nell'uomo non ha apparenza, la quale valga a renderlo evidente a la ispezione e a la palpazione, sembrerebbe che non fosse tuttavia privo d'ogni funzione, poichè M. Duval (2) lo stima atto a dare carattere speciale a l'espressione di

1) Brissaud. - Leçons sur les maladies nerveuses. V. 1. Leç. XXIV.

2) Duval. - Précis d'Anat. artistique. p. 328.

certi sentimenti, e già Cruveilhier (1) descriveva la sua efficacia nella « espressione delle passioni tristi, della collera, della paura, del terrore, della sofferenza »; ma in verità, anche se a ciò possa secondariamente contribuire col suo intervento, è da ritenersi che esso sia tanto da poco, in confronto a la mobilissima funzione degli altri muscoli del volto, che si può affermare senza timore la sua inutilità nell'armonica complessità di movimento della figura umana.

Ch'esso sia normalmente maggiore della norma o atto a funzionare in certe razze negre non è dimostrato, sebbene da qualcuno si siano osservati e illustrati di siffatti casi (Turner, Chudzinski, Giacomini, Testut, Hartmann, Romiti), poichè, come osserva saviamente Testut (2), per istabilire ciò con certezza occorrerebbe un larghissimo confronto tratto da un numero elevato di osservazioni.

Si sa invece come tale muscolatura cutanea esista in pieno sviluppo in molti mammiferi, costituendo in alcuni, come nel riccio, un vero involucrio generale o coprendo un'ampia parte del corpo come nel cavallo; e con la stessa linea che nell'uomo, sebbene sempre in maggior forma, lo si vede in alcune specie di scimmie, come il Chimpanzè, nel quale giunge fino a l'arcata zigomatica. Solo nelle scimmie più elevate, come il Gibbone, appare essere ridotto come nel volto e nel collo umano. Onde qui s'avverte una volta di più quella vicinanza della scimmia, quel carattere di parentela con l'animalità che suol dispiacere tanto a l'uomo, il quale, al dire di Broca (3), volgendo il dorso a la terra, vorrebbe rifugiare da la sua maestà minacciata nella sfera di un nebuloso regno umano.

Le anomalie del pellicciaio sono ormai notate in buon numero nella letteratura: fasci sopranumerari che s'aggiungono al pannicolo normale (Wood, Macalister, Romiti e Silvestri), incrociamenti di fibre mancati o deviati (Hentle, Wood, Fro-

1) Cit. da Testut.

2) Testut. - Les anomalies musculaires chez l'homme. - Paris 1884. p. 206, 802.

3) Broca. - Art. Anthropologie du Dict. Encycl. T. V.

riep (¹), Popowski (²), esagerazione di ampiezza (Cruveilhier, Soemering, Chudzinski, Cloquet, Romiti (³), Mirto), atrofie totali o parziali (Gegenbaur (⁴) Zinn (⁵), Remak (⁶), Le Double (⁷), ipertrofie (Macalister, Zagorsky) ecc.

Nessuna di queste è da trascurare, non foss'altro perchè s'aggiunge a dimostrare la caratteristica comune a tutti gli organi rudimentali destinati forse per progressiva evoluzione organica a distruggersi, ma certamente le più interessanti sono quelle che riguardano la maggiore ampiezza e la ipertrofia del muscolo, perchè affermano il valore di un vero ritorno atavico.

Così è appunto nel nostro caso, nel quale si osserva anche l'abbozzo di una funzionalità che ricorda quella propria ad alcuni vertebrati inferiori; e sarebbe forse superfluo ora spendere parole per dimostrare l'importanza di questo sintoma somatico regressivo associato a la malattia mentale, tanto più che la sua eloquenza parla meglio più alto e più lontano.

E a questo proposito ne giova senz'altro citare le parole di Ernesto Hœckel:

» Ces organes (organi rudimentali) sont autant de preuves établissant la vérité de la conception mécanique de la nature, autant de foudroyantes réfutations de la conception téléologique. Si, comme le prétend cette dernière doctrine, l'homme ou tout autre être organisé avait été construit dès le principe en vue d'un but à atteindre; s'il avait été appelé à la vie par un acte créateur, alors l'existence de ces organes rudimentaires ne serait plus qu'énigme inesplicable; on ne comprendrait pas pourquoi le Créateur aurait imposé un fardeau inutile à la créature déjà

1) *Arch. f. Anat. und. Physiol.* 1877.

2) *L'Anthropologie.* n. 4. Paris 1890.

3) Romiti. - *Trattato di Anatomia Umana.* 1895.

4) Gegenbaur. - *Traité d'Anatomie Humaine.* Trad. - Julin. 1889.

5) Zinn. - *Einseitiges Fehlen des Platisma myoides.* - *Centr. f. allg. Path. und. path. Anat.* - B. 3. N. 20. 1892.

6) Remak. - *Ein Fall einseitigen angeborenen Defect des Plat. myod.* - *Neurol. Centralb.* N. 7. 1892.

7) Le Double. - *Traité des variations du Système musculaire de l'homme.* - Paris. 1897.

fort embarrassée sur le chemin de la vie. Au contraire, la théorie de la descendance donne fort simplement la raison d'être de ces organes. Elle nous apprend que les organes rudimentaires sont des parties du corps qui, dans le cours des siècles, sont graduellement divenues hors de service. Ces organes avaient des fonctions déterminées chez nos ancêtres animaux, mais chez nous il sont assolutamente sans valeur physiologique. De nouvelles adaptations les ont rendus inutili, mais ils n'en ont pas moins été transmis de génération en génération, et ont ainsi rétrogradé lentement » (1).

Dignità scientifica dell'Antropologia Criminale (2)

pel Dott. Luigi Cappelletti

Egredi Studenti

La Onorevole Deputazione Universitaria ha deliberato di istituire un corso libero di Antropologia Criminale per concedere al desiderio espresso da alcuni studiosi. Per questo insegnamento ha pensato a me non attratta dai miei modestissimi meriti, ma dalla mia posizione di Medico in un Istituto dove è giuocoforza conoscere, esaminare le dottrine che alla su detta scienza si riferiscono. Ha pensato a me e con l'autorevole consenso della Facoltà me ne ha affidato l'incarico. Perciò io desidero innanzi tutto porgere ai singoli componenti la Deputazione Universitaria, la Facoltà Giuridica i sensi vivissimi del mio animo grato. Ho accolto, Signori, il lusinghiero invito, ho accettato senza esitanza l'onorifico incarico per due ragioni: primieramente perchè di questa scienza, che ho sempre con intenso amore studiata, m'è caro indicare ai giovani alcuni dei ricchissimi tesori che ha scoperto, alcune delle fonti che possono alimentare una infinita

(1) E. Hœkel. - *Anthropogénie ou Évolution humaine*. - Trad. Leturneau. Paris. 1877.

(2) Per acconsentire al cortese invito di alcuni benevoli uditori, pubblico questa conferenza, con la quale iniziai il corso d'Antropologia Criminale agli studenti di Legge dell'Università di Ferrara.

serie di ricerche: in secondo luogo perchè ho molto fiducia nel vostro buon senso e certezza quindi che voi da me non preterderete grandi cose ma vi accontenterete di un corso molto modesto, quale io posso concepire e offerirvi con la mia coltura, le risorse scientifiche di cui dispongo, la mia poca esperienza nell'arte difficile di parlare in pubblico.

Io non ho in mente oggi di fare una prolusione nel senso che comunemente ha per gli scienziati codesta parola: sono ben lungi da simile velleità. La conferenza d'oggi serva a farci conoscere, a presentarci scambievolmente. Ed approfitto di questa prima occasione in cui si ci trova tutti assieme per accennarvi a rapidi tratti il programma che informerà il mio corso, per delinearvi gli obbietti cui ci rivolge l'Antropologia criminale, il modo con il quale essa procede nelle osservazioni e nelle affermazioni che da quelle scaturiscono, il tempo cui risale la sua data di nascita e per rimuovere gli erronei giudizi che rispetto a tali questioni ha fatti e fa anche oggi una gran parte del popolo profano.

Forse tra voi, giovani negli studi, non ancora in possesso di un adeguato patrimonio di cognizioni per apprezzare equamente questa scienza v'ha qualcuno che per l'influenza di pregiudizî e leggende che corrono nel pubblico, che tale scienza conosce di nome e da lontano, o per le critiche degli avversari, nutre nell'animo qualche dubbio, qualche diffidenza. Io desidero eliminare diffidenze e dubbi sin da principio poichè bramo che a questi studi vi accingiate con animo fiducioso. E siccome nel breve spazio di un'ora di pochi argomenti m'è concesso parlare, così oggi limiterò il mio dire nei confini che più sopra ho tracciati. In seguito esamineremo affermazione per affermazione, il pro e il contra: a voi ogni volta l'iniziativa del giudizio.

Avevo bisogno di spiegarmi con voi intorno a ciò e di dirvi in pari tempo che è ben lungi da me l'intenzione risibile di posare a maestro, che dinanzi alla grande maestà di questa scienza io non mi sento di essere altro che uno studioso un po più esperto di voi. — Ma non voglio farvi attendere a lungo la conoscenza del mio pensiero in proposito: io intendo esporvi nella maniera più obbiettiva possibile il modo come voi dovrete procedere per compiere con esattezza scientifica lo esame fisico e psichico d'un delinquente, l'analisi della sua vita e di quella dei suoi progenitori. Intendo poi trattare — poichè il tempo urge — solo

le principali anomalie e malattie psichiche che conducono al delitto e alcuni dei problemi più importanti che si agitano in seno alla Antropologia criminale. Io ho già in mente le fila di questo programma che ebbi già l'onore di esporre verbalmente al sig. Rettore ed al sig. Preside della Facoltà Giuridica: ma fin d'ora vi avverto — mi piace dichiararlo — che, se durante il corso delle mie conferenze sorgesse in voi per naturale connessione di fatti e di idee il desiderio di conoscere una qualche quistione, io sarò lieto di esporla. Poichè a me interessa solamente riuscire a voi utile. Studieremo insieme, porteremo ciascuno il contributo delle nostre conoscenze scientifiche per la ricerca della verità: questo è il programma. Ed ora la prima domanda: che cosa è e a che cosa mira l'Antropologia criminale?

∴

L'Antropologia criminale può definirsi con il Ferri **la storia naturale dell'uomo delinquente**. Ripetere sull'uomo criminale le ricerche, gli studî praticati omai da secoli su l'uomo normale, trarre dai confronti di queste diverse ricerche conclusioni che riguardino l'uomo che delinque sotto il rispetto scientifico, sotto il rispetto della valutazione dei delitti, delle pene, dei mezzi migliori, più umani, di difesa sociale, questa è la meta cui si rivolge l'Antropologia criminale.

Il mezzo per raggiungerla consiste nella osservazione ricca coscienziosa paziente dell'uomo criminale, nello studio severamente esatto della sua costituzione fisica, del suo organismo psichico, dell'ambiente in cui vive, delle cause che prima e dopo la nascita possono avere modificato o perversito il retto funzionamento del suo cervello. La meta da raggiungere è nobile tale da incitare con entusiasmo al lavoro: i mezzi per raggiungerla sono onesti e rispondenti allo scopo: i frutti di codesto lavoro non possono non essere rigogliosi. Questa scienza deve la sua vita forte e prosperosa alla inesauribile attività, al genio di Cesare Lombroso che fra le diffidenze del volgo, le aspre battaglie mosse dai cultori dell'antica scuola ha combattuto con tenacia d'apostolo per la vittoria delle nuove dottrine. Al lavoro incessante di quest'uomo devesi se le nuove dottrine hanno attinto le più alte vette della gloria scientifica, se si è formata una scuola feconda di valorosi allievi, una scuola che ha preso oggidì carattere uni-

versale gittando profonde radici nei maggiori centri di studio e che nell'ultimo Congresso d'Antropologia criminale a Ginevra (1896) ottenne la più solenne affermazione che mai si potesse desiderare. Fu a Ginevra che, dinanzi a scienziati illustri convenuti da ogni paese, dinanzi ad avversari culti e forti, le dottrine di Lombroso rifulsero in piena luce così da attrarre il plauso più significativo e forse meno atteso, quello dell'abate belga De-Baets, che non trovò offesa dalla nuova scuola la sua fede di credente ed anzi, pure ammettendo quale credente una norma superiore origine del diritto naturale, dichiarò che poichè l'uomo si esplica nella sua vita psichica sotto l'influsso dell'eredità, della degenerazione, dell'ambiente era da approvarsi una scienza che indaga questo modo di esplicarsi della vita umana e che « ha il grande merito di avere aperto gli occhi dell'umanità sopra fatti non ancora osservati, portando un complemento indispensabile alla nozione della responsabilità ».

Lombroso ha riunito con sintesi felice in un corpo di scienza compatto e forte le nozioni di Antropologia criminale apparse qua e là come osservazioni isolate, non dirette ad uno scopo preciso, non coordinate fra loro da un principio scientifico determinato, nelle opere dei pensatori che vissero in una età anteriore alla sua. Ha illuminata codesta scienza con un lavoro di osservazione costante, procedendo sicuro nella via con il poderoso intuito proprio al suo ingegno geniale e creando così, come ha scritto il Morselli, « la sola dottrina originale e feconda che negli ultimi venti anni abbia saputo farsi conoscere dagli stranieri col battesimo di italiana ». Eppure questa scienza ha avuto fieri, ostinati contraddittori. Le nuove dottrine hanno urtato contro vecchi sistemi, contro idee secolari diventate dogma nella società ed hanno perciò eccitato la diffidenza, animato molte suscettibilità. Ora l'ambiente va rasserenandosi e diventando più benigno a mano a mano che nella coscienza universale i nuovi concetti si impongono per la loro sincerità e si afferma la convinzione che per essi non si menomano punto i mezzi di difesa sociale. Si è creduto, e gridato forte in segno di protesta, che le affermazioni della scuola Lombrosiana aprissero le porte a tutti i birbanti, assolvessero i delinquenti della peggiore specie. La ardita riforma nello esame del crimine, per la quale si è fissato in vece dello « studio astratto del delitto come ente giuridico quello

positivo del delitto come fenomeno naturale e sociale » (Ferri) ha fatto paura: l'interpretare un delitto quale manifestazione di una costituzione psichica originariamente anormale o come espressione dell'influenza di un particolare ambiente perverso fu creduto costituisse la difesa naturale di tutti i delinquenti e conseguentemente la via aperta a tutti i criminali per delinquere a loro bell'agio e sfuggire alle pene sanzionate dai codici.

Errore codesto paradossale poichè non è ammissibile che gente di senno possa in qualsiasi modo contribuire a popolare la società di esseri nocivi e pericolosi. Giudicare infatti che un individuo è irresponsabile perchè pazzo, perchè nato con una costituzione psichica che per sua sfortuna lo rende incapace di vivere nei limiti segnati dalla morale e dalla civiltà non significa che questo individuo debba essere ammesso a vita libera, no, questo mai. Ma altro è condannare, altro è segregare: l'effetto ultimo per la sicurezza sociale è il medesimo ma il valore morale è ben diverso. A nessuno che ci pensi un poco potrà sfuggire la grande differenza, l'abisso che moralmente e socialmente divide la malattia e il delitto. A chi nasce con costituzione psichica diversa da quella normale, costituzione psichica sulla quale nulla può nè l'ambiente, nè l'educazione, nè il rigore della legge e che per questa malaugurata organizzazione cerebrale è incapace di pensare, di agire secondo la onestà e volge i propri perversi istinti a ledere la vita o le sostanze dei suoi simili è giusto, è anzi necessario limitare la libertà: è giusto espellerlo come elemento dannoso dalla vita sociale ma è altrettanto giusto perchè malato considerarlo come tale, non avvilirlo col turpe nome di assassino o di ladro, non macchiare il suo onore che è pur l'onore della sua famiglia. L'accusa che gli alienisti moderni conducano per effetto delle loro conclusioni nei Tribunali ad una mitigazione impressionante e pericolosa delle condanne è errata. E qui per statare queste imperdonabili accuse tornano bene in acconcio le parole che un uomo di alta mente, di forte spirito critico, di dottrine non sospette — Ruggero Bonghi — scriveva molti anni fa (1884) nella *Cultura*: « O chi dunque può affermare che la nuova scuola penale voglia diminuire la difesa sociale contro il delitto e che tutte le ricerche sperimentali della Psichiatria sono intese a fornirgliene gli argomenti, ammucchiando i fatti, sopra i quali, come si sia, erigere induzioni perniciose e fallaci? Inve-

ce oggi noi possiamo aspettare solo da questa scuola la correzione nella nostra legislazione penale di tutte le debolezze morali e mentali che vi si sono introdotte ». Se mitigazione delle condanne a volte succede non è certo per difetto della scienza ma per difetto della legge che dà alla irresponsabilità una interpretazione ben diversa da quella che le si deve dare. Noi anzi abboniamo in severità e in prudenza: noi pei criminali malati serriamo le porte non le apriamo come molti credono oggidì. Più che con un lungo ragionare permettetemi di spiegarmi con un esempio: forse riuscirò meglio a chiarire il mio concetto. V'ha una sorta di malati disgraziatissimi i quali sono affetti da una infermità che è nota sotto il nome di *epilessia psichica*. Voi certamente avrete sentito parlare delle convulsioni epilettiche cui dai profani vengono dati diversi appellativi, come mal caduco, morbo sacro, mal comiziale ecc.: queste convulsioni consistono in una tempesta di movimenti incoordinati che agitano tutti i muscoli del corpo e che sono accompagnati da un disturbo profondo delle facoltà mentali cioè dalla perdita della coscienza. L'individuo cade fulminato dall'accesso senza potere scansare disgrazie e pericoli. Questo quadro sintomatico, imperfettamente da me delineato, poichè avremo altra volta occasione di intrattenerci intorno a tale importantissimo argomento, rappresenta quella che noi medici chiamiamo *epilessia volgare*.

Orbene in alcuni malati all'accesso convulsivo sopradescritto si sostituisce un perturbamento nelle funzioni psichiche, uno sconvolgimento nel campo delle idee che si definisce molto bene *convulsione mentale*. Questa convulsione mentale ha come l'altra, come quella cioè che si estrinseca nei movimenti disordinati del corpo, svariatissimi gradi. Può essere appena accennata in una reazione affettiva a colorito ostile, può presentarsi in maniera gravissima con le più crudeli esplosioni di collera e di violenza. Tutti questi differenti stati di perturbamento psichico, sieno essi leggeri o intensi, hanno, fra gli altri, due caratteri che li contraddistinguono e segnano loro una grande importanza dal punto di vista medico-legale. Il primo consiste in ciò, che questi accessi si stabiliscono con rapidità fulminea ed oscurano completamente la coscienza dell'individuo che ne è colpito e che non può sopra di essi esercitare in alcuna maniera l'impero dei centri volitivi inibitori, che per effetto della convulsione mentale vengono

nell'atto dell'accesso ad essere aboliti. In poche parole l'individuo è incosciente di ciò che compie. — Il secondo carattere risiede nella periodicità e nella inguaribilità. Vale a dire codesti accessi di epilessia psichica si ripetono ad intervalli e, salvo casi eccezionali, accompagnano fatalmente l'individuo durante l'intero corso della sua esistenza. Premesso ciò, facciamo il caso pratico: uno di tali disgraziati sotto lo stimolo di una leggerissima offesa, cui qualsiasi uomo normale o non risponderebbe o riparerrebbe tutto al più con uno scapaccione, scende in rissa: si eccita, reagisce — come sempre suole accadere — sproporzionatamente allo stimolo ricevuto, entra nello stato di convulsione mentale e, perduta la coscienza e con essa la misura dei propri atti, si arma, s'avventa sul mai capitato avversario e lo ferisce. Ma la ferita è per fortuna leggera ed il colpito raggiunge la guarigione in breve spazio di tempo. Il colpevole condotto dinanzi al Tribunale verrà di certo condannato ad una pena minima, forse anche assolto, perchè v'ha modo di ammettere una certa provocazione, perchè la esuberanza di reazione all'offesa pone in rilievo il difetto nella equilibratezza delle sue funzioni psichiche e ne attenua la responsabilità, perchè infine il danno consecutivo alla ferita è stato minimo. Se questo caso fosse sottoposto al giudizio di un perito psichiatra questi ragionerebbe certamente così: « il feritore è un epilettico, la sua storia addimostra che è affetto dalla peggiore forma di epilessia cioè da quella psichica: l'atto che ha compiuto ha tutti i caratteri dell'equivalente psichico e di esso è irresponsabile: non deve perciò l'accusato essere colpito da pena. Ma dato il carattere di periodicità, di inguaribilità della epilessia psichica è razionale presupporre che altri accessi consimili si ripeteranno e sulla scorta delle cognizioni pratiche e scientifiche che si posseggono in proposito è logico temere che qualcuno di questi accessi possa avere caratteri gravi di violenza e possa condurre a effetti letali. Da questo ragionamento scaturisce la logica conclusione che il detto individuo è pericoloso alla società, che la sua pericolosità non ha ragione di scemare o di estinguersi e che quindi la più elementare regola di prudenza, di igiene sociale consiglia di segregarlo indefinitamente in un luogo di cura dal quale non possa nuocere ai suoi simili, in un Manicomio, in un Ospizio per criminali pazzi o in altro ricovero adatto. Solamente dopo un lungo periodo di anni quando mai fosse più apparso

l'accesso di convulsione psichica si potrebbe all'individuo ridonare tutta o in parte la libertà. » Come vedete dunque, o Signori, ben diversi sono i nostri giudizi da quelli che il pubblico ci attribuisce, ben più gravi di quanto comunemente non si immagini sono le conseguenze delle nostre perizie. L'epilettico di cui ho riferito l'esempio nessuno alienista avrebbe esitato a dichiarare irresponsabile come pure nessuno avrebbe mai nel tempo istesso pensato che potesse tornare a vita libera. Tutt'altro. E potrei moltiplicarvi gli esempi citandovi il paranoico il cui delirio non guarisce mai, il cleptomane, l'isterico con i suoi meravigliosi sdoppiamenti della personalità se non mi riserbassi di trattarvi in seguito questi singoli argomenti. Vi ho accennato oggi il caso dell'epilettico poichè è tra i più frequenti, tra i più dolorosi e pericolosi, perchè l'epilessia e gli stati di perturbamento mentale che le si riferiscono sono fra i cultori della psichiatria universalmente, con i medesimi concetti scientifici, noti e definiti. Che pensereste voi d'un povero infelice colpito non solo da epilessia psichica ma anche da delirio paranoico di persecuzione, afflitto, tormentato giorno e notte da continue allucinazioni, con i segni più evidenti nel corpo e nella psiche della degenerazione, che in un momento di offuscamento mentale, prodotto dall'azione simultanea del temperamento epilettico e delle idee persecutorie, commettesse un delitto grave, sproporzionato allo stimolo, colpendo e ferendo senza discernimento avversari ed amici? Lo condannereste voi all'ergastolo o non piuttosto lo rinchiudereste per sempre in un Manicomio Criminale, risparmiando così a lui e alla sua famiglia l'infamia e il disonore? La condanna sarebbe gravissimo errore. Eppure — lo dico amaramente — simile errore fu commesso pochi anni or sono in Italia! (1) A evitare tali errori, illuminando meglio intorno a sì fatte questioni la mente umana, mira con lena indefessa l'Antropologia criminale. Se anche le sue dottrine non fossero esatte, lo scopo cui si volge è così alto, così nobile che di essa dovrebbero discutere con maggiore rispetto, con migliore corredo di cognizioni di quanto ancora non si usi fare oggidì.

(1) Alludo al caso del soldato Magri.

È opinione molto diffusa che gli antropologi criminalisti si servano nello studio dei delinquenti dei soli dati che risultano dallo esame delle fattezze del corpo e in special modo di quelle della testa. Ebbene, o Signori, codesta opinione è falsa. Lo studio del delinquente è molto vasto, molto complesso. Questo studio non si limita allo esame puramente anatomico dell'individuo, non si limita cioè alla osservazione sola delle anomalie nella forma del corpo: ma esso indaga ogni altra manifestazione della nostra vita nel dominio delle funzioni vegetative, riproduttive, delle azioni riflesse, del potere di moto, delle sensibilità, del pensiero. La proprietà che ciascuno possiede di avvertire gli stimoli che provengono dal mondo esterno, proprietà per la quale noi sentiamo il contatto d'un corpo, per la quale proviamo la sofferenza d'una puntura dolorosa, lo strazio d'una bruciatura, ha alimentato una ricca serie di brillanti e utilissime indagini. A lato a queste diverse sensibilità sono stati sottoposti ad accurato esame i sensi come quelli che rappresentano l'anello principale di congiunzione fra noi e il mondo esteriore. Così pure ogni altra funzione del nostro organismo nella sfera dell'attività organica (respirazione, circolazione e composizione del sangue, digestione ecc.) e in quella della attività sessuale è stata sottoposta a rigorosa investigazione scientifica. Nè fu trascurata un'altra importantissima ricerca, quella cioè che riguarda l'intima struttura, la microscopica conformazione del più nobile fra i nostri organi, del cervello. La indagine psicologica, la analisi cioè del funzionamento del pensiero, delle alterazioni del contenuto delle idee, delle anomalie del senso morale ha portato un contributo poderoso alla biologia del delinquente. In una parola ogni fenomeno della vita è stato preso in istudio: così e non altrimenti operando si poteva raggiungere lo intento di stabilire confronti fra il criminale e l'uomo sano. Ma tutte codeste indagini avrebbero avuto un valore meno decisivo se non si fossero accompagnate dalla osservazione dell'ambiente, delle circostanze esteriori che sul delinquente spiegano la loro influenza e che fanno parte del patrimonio scientifico della sociologia criminale. Poichè un uomo non potrà mai equamente giudicarsi per rispetto al suo valore intellettuale e morale se non prendendo in considerazione anche l'ambiente in cui ha vissuto, l'educazione che gli è stata impartita, il grado di civiltà del po-

polo cui egli appartiene e in mezzo al quale ha menato la propria esistenza. Un selvaggio non può essere giudicato alla stessa stregua d'un uomo civilizzato: ciò che per questo è crimine, per quello può essere atto puramente normale, come presso i popoli delle isole Figi era naturalissimo che allorquando il re varava una barca si immolassero dieci o più persone per lavare la tolda con sangue umano. Gli è dallo esame dell'ambiente che sono sorti gli splendidi studi sul delitto politico, sull'anarchismo, sulla folla delinquente.

A queste diverse fonti hanno attinto i cultori della Antropologia criminale per definire l'organismo fisico e psichico del delinquente. Così si è costituito e ha preso forma concreta, in antitesi con l'uomo sano, l'uomo criminale nelle sue diverse modalità di delinquente nato, pazzo, passionale, d'occasione, d'abitudine. Il criminale anomalo, e con questo appellativo intendo parlare singolarmente del delinquente nato, viene a formare, o Signori, quasi una sottorazza dell'uomo normale, un arresto di sviluppo nella evoluzione. Egli ha impronte nel cranio, nel viso, nella conformazione del rimanente del corpo che gli appartengono in modo quasi assoluto: egli sente diversamente, egli ama in diverso modo, egli pensa e giudica in maniera opposta alla normale. Nella vista, nell'udito, negli altri sensi, nelle diverse forme di sensibilità egli mostra - come risulta da ricche e preziose ricerche (Ottolenghi, Bono, De-Sanctis, Marro, Rossi ecc.) che in avvenire esamineremo - notevoli e frequenti alterazioni. Così pure dicasi per le funzioni organiche e specialmente per quella che è cagione all'appetito sessuale: l'omosessualità, il sadismo, il masochismo, i feticismi più abbominevoli entrano a far parte frequente nell'appannaggio degenerativo del criminale anomalo. Persino la distribuzione della forma muscolare è assai spesso diversa dalla norma: il mancinismo, che nell'uomo normale è fatto strano e raro, in esso è fenomeno frequente.

Questa specie di delinquente originario è adunque - come avrete potuto comprendere da quanto ora per sommi capi vi ho delineato - un essere particolare che dalla nascita porta con sè, nel suo sangue il triste germe del delitto. Egli stesso comprende di costituire una personalità diversa da quella comune e sfugge di solito la compagnia dell'onesto - non perchè lo tema, chè anzi lo deride - per unirsi a quelli che come lui sentono, amano, pen-

sano e nei quali con straordinaria facilità ravvisa i suoi simili. Egli costituisce in qualche modo un piccolo, separato aggregato sociale in mezzo alla gran moltitudine degli altri uomini, ai quali non s'avvicina se non per tentare alla loro vita od alla loro proprietà. I delinquenti hanno il loro mondo piccolo se si vuole, ma tutto loro: hanno infatti una letteratura, un'arte speciale, un gergo parlato e scritto comune solamente a loro, hanno costumanze, foggie di vestire speciali, hanno ricreatorî, clubs (a Berlino fu scoperto un club di ladri), hanno persino codici e leggi.

L'accumulo delle note degenerative dà poi all'individuo una speciale impronta, che si rivela senz'altro all'osservatore nelle fattezze del corpo e particolarmente in quelle del cranio e della faccia e che costituisce quello che Lombroso definì: tipo criminale.

Non in ogni reo anomalo però, o Signori, si trovano egualmente aggruppati questi pervertimenti, e il tipo varia: possono anche rinvenirsi in misura moderata. Ma anche in questi casi, se può far difetto l'anomalia anatomica, non manca quella del pensiero e del sentimento sia nell'individuo in esame sia in quelli che lo generarono. Nella pluralità dei casi però è provato il fatto che nel delinquente anomalo si osserva un accumulo di queste stimmate degenerative fisiche e psichiche. Le eccezioni hanno offerto il modo ad alcuni per gittare il discredito sulle teorie sostenute dalla scuola di Lombroso. Ma le critiche, se non si fanno con piena conoscenza di causa, controllando uno per uno con altrettante osservazioni i risultati delle ricerche che si combattono, sono vuote e, siccome in questo caso toccano un argomento che ha grande importanza per il decoro della giustizia sociale e del sentimento di umanità che ci deve in ogni azione sorreggere, sono dannose e cattive. Negare come fanno alcuni, così per negare, pel timore che le nuove teorie aprano la via a tutti per delinquere a proprio agio, senza poi sapere se sia vero che tali teorie aprano codesta via, non è onesto: diciamolo francamente.

∴

Ma sono davvero una novità le stimmate degenerative che la nuova scuola ha così riccamente osservato nel reo anomalo e che a questi danno una caratteristica impronta? Sono davvero una conclusione affrettata della scuola Lombrosiana come molti credono anche oggi giorno? Vi ho annunciato da principio che avrei

esaminato tale questione e quantunque a grandi linee, fuggacemente, per non abusare della vostra benevola attenzione, lo farò volentieri poichè è questione molto importante a chiarirsi e sulla quale sono state dette tante inesattezze. M'affido per questo esame alle fonti di ricerca che mi sembrano per questo intento migliori, alla storia, all'arte.

L'Antropologia criminale ha vissuto sotto altri nomi, è sorta solo nei tempi moderni a dignità di scienza autoctona, ma è antica assai più che non s'immagini. Le prime osservazioni infatti apparvero intorno all'anno 335 a. C. epoca in cui più rifulse la fama di Aristotile, il quale con la scintilla del genio che precorre i secoli intuì con vastità di concetto il rapporto fra sviluppo fisico ed evoluzione psichica, tra anomalie del corpo e dell'animo. Ma già prima di lui Platone aveva volto il suo ingegno a simili problemi ed è a Platone che si attribuisce da molti la invenzione della Medicina psichica ricavata dal concetto che la salute e la malattia, la virtù e il vizio abbiano alcune analogie nel principio di connessione fra il corpo e lo spirito. Ad Aristotile però deve il primo lavoro completo sulla fisionomia. Aristotile ha una decisione dogmatica nelle affermazioni che nessuno ai giorni nostri oserebbe imitare. Le sue affermazioni sorpassano di molto in vastità i postulati cui sono giunti gli Antropologi moderni. Per lui l'abbondanza di peli, l'occhio sporgente, le palpebre rigonfie sono segni certi di lussuria. Nel cinedo egli rileva lo sguardo languido, l'atteggiamento umile, l'inclinazione abituale della testa verso destra. Per Aristotile il naso tozzo indica pigrizia, l'aquilino magnanimità, quello a punta umor collerico: il labbro superiore che s'avanzi più dell'inferiore indica stupidità. La conferma che alcuni degli aforismi Aristotelici hanno ricevuto dagli studiosi moderni deve al fatto che quella grandissima mente procedeva nella osservazione scientifica con profonda e coscienziosa severità. La vasta conoscenza della Zoologia, nella quale egli — soccorso dai pingui tesori di Filippo e di Alessandro — fece meravigliose scoperte, gli permise ottimamente di stabilire confronti comparativi nei tratti fisionomici dell'uomo e dell'animale gittando così le prime basi di un metodo che ha preso una grande importanza nei tempi moderni. Gli occhi incavati, egli asserisce a questo proposito, sono indizio di delinquenza, come risulta dalla analogia con le scimmie.

Dopo di lui il suo discepolo e successore nel Liceo d'Atene, Teofrasto, sulle orme del maestro, scrisse un'opera intitolata « *de visu* ». E dopo Teofrasto, Galeno, Plinio, Avicenna, Hagesius, approvarono nelle loro opere le vedute scientifiche di Aristotile sulla fisionomia. La distribuzione della forza muscolare più nel lato sinistro che in quello destro del corpo, fenomeno che Lombroso osservò nei criminali anomali e che rivelò agli studiosi ritenendo d'essere stato il primo a notarlo, era già stato notato nei criminali da Polemone, come lo stesso Lombroso ha poi constatato.

Salto a piè pari una gran parte della storia antica e moderna poichè a citarvi i soli nomi farei cosa arida e per voi troppo noiosa, mentre che a parlare delle singole opere non mi basterebbe lo spazio di tempo in cui deve contenersi una conferenza. Non voglio però tralasciare alcune citazioni la cui importanza per il tempo e per la qualità delle persone vi apparirà — ne son certo — notevole. Incominciamo con la citazione meno sospetta: non è un positivista, è un religioso che parla, anzi un Santo. Nel suo *Compendium teologicæ veritatis* (lib. II.) *De physiognomia hominis*, S. Bonaventura formula un giudizio molto assoluto che cioè « *diversae membrorum dispositiones secundum artem physiognomiae diversos effectos ac mores indicant in homine* »: modifica, in vero, subito dopo l'assolutismo un po' eccessivo di questa asserzione col dire che tali segni indicano una inclinazione della natura « *quae tamen retineri potest paena rationis* », ma poi esce in altre affermazioni pur esse assolute e di considerevole importanza come ad esempio le seguenti: i capelli imminenti sulla fronte indicano « *hominem ferum* »; così pure indicano l'uomo fiero i sopraccigli fatti di molti e lunghi peli e la capigliatura folta, orsina. Nè era sfuggita ad un altro eminente religioso — a S. Tommaso — codesta correlazione fra costituzione del corpo e manifestazioni della psiche, correlazione alla quale chiaramente accenna nella *Summa theologiae* (I.^a, II.^a, Questio XVII). Nel seicento O. Niquetius, un padre della compagnia di Gesù, scrisse un volume « *Fisiognomia* » nel quale dopo aver provato con citazioni come la Fisiognomica non sia sconosciuta nè riprovata dagli scrittori sacri, detta una quantità di affermazioni che confermano molte delle teorie della scuola di Lombroso. Nel secolo XVII Samuele Fuchsius scrisse un piccolo trattato

nel quale con ricchezza di osservazioni vengono descritti i caratteri somatici e con molto senno è valutata la importanza che essi meritano. Di queste due vecchie opere tanto istruttive e che furono così bene rivelate e commentate da Antonini sarei ben lieto - se lo potessi - di fornirvene un largo sunto. Ricorderò pure, poichè molto istruttivo, un editto medioevale riferito dal Valesio e citato da Lombroso e che suona precisamente così: « nel caso di sospetto sopra l' uno o l' altro di due individui si applichi la tortura al più deforme ».

Le indagini degli antichi non si volsero esclusivamente allo studio dei caratteri somatici ma toccarono problemi anche più ardui: e mi piace a questo proposito rammentare che nel secolo XV Antonio Benivieni, medico e filosofo fiorentino, sezionando il cadavere di un insigne ladro riscontrò nel cervello particolari anomalie e non si limitò a notarle solamente ma (così dice Bonfigli che lo scritto del Benivieni ha esumato) localizzando, secondo le sue vedute, le facoltà mentali volle anche spiegare come quella anomalia fosse causa, se non altro, delle numerose recidive a cui quel famoso ladro andò soggetto. Nel secolo nostro le prime e più importanti osservazioni le compì Gall dal 1808 al 1825 e Spurzheim: dopo di loro pubblicarono interessanti ricerche Lauvergne coi suoi studi sui forzati, Derolandis, Sampson, Casper, Winslow, Thomson, Wilson, Maudsley, Despine, ecc. finchè sorse l'era gloriosa delle ricerche di Lombroso che nel 1876 riuni i risultati dei suoi studi in uno splendido libro dal titolo « l'uomo delinquente in rapporto alla antropologia, la giurisprudenza, le discipline carcerarie ».

A lato delle osservazioni compiute dagli scienziati, osservazioni simili venivano fatte dal popolo profano e come quelli nei libri, questo nei proverbi fissava i risultati della propria esperienza accumulata a traverso i secoli. Molti aforismi della scienza popolare furono confermati veri dagli studi moderni. La scienza fisionomica del popolo è molto ricca, molto decisa e severa e può riassumersi nel motto latino: *a vultu vitium*.

Un'altra prova luminosa della esistenza di particolari stimate nei criminali e della conoscenza antica di questi segni è fornita dalle opere di artisti, che col potere profondo di loro osservazione e con l'intuito del genio antevidero in tempi assai lontani quanto modernamente è stato con veste scientifica rilevato e stabilito.

L'arte ha compreso il tipo criminale assai prima che la moderna scienza lo dimostrasse. Non furono invero le dottrine di Lombroso, non furono gli studi della nuova scuola che apprestarono i segni della degenerazione e della delinquenza ai dannati e ai demoni del Giudizio dell'Orgagna, ai soldati della Strage degli Innocenti di Giotto, ai genî del male di Antonio Tempesta, ai demoni del Giudizio di Michelangelo, ai martirizzatori del Cristo coronato di spine del Tiziano, al Giuda della Santa Cena e agli offensori di Cristo nella salita al Calvario di Raffaello, ai soldati del Cristo flagellato di Federico Barocchio, ai sicari del supplizio di S. Lorenzo del Ribera e a molti tipi di criminali che spiccano nelle tele di Robusti, dei Caracci, di Carlo Maratti, di Rubens, di M. Fréminet, di C. Lebrun, di Gérard de Lairese e di tanti altri eminenti artisti. Non furono le teorie di Lombroso che posero in vista i segni degenerativi che si ammirano nei busti di Caligola, di Nerone, di Messalina, che possono pure osservarsi nelle Meduse, nelle Arpie, nelle Parche della scultura greca. E vorrei indugiare in una analisi minuta di queste opere, vorrei dimostrarvi sulla scorta dello splendido studio di Lefort che gli artisti geniali di tutti i tempi e di tutte le scuole hanno veduto ed affermato con la sublime arte loro il tipo criminale con le sue speciali caratteristiche nel cranio, nella faccia, nel rimanente del corpo: ma quello che oggi non m'è concesso di fare sui preziosi tesori dell'arte lo farò in seguito poiché l'argomento è molto istruttivo ed attraente. E lo studio di codesti tesori è vasto. L'arte, Signori, non s'è contenuta nei confini dell'alterazione organica ma ha toccato problemi più ardui, più complessi dettando pagine meravigliose di psicologia criminale. Dante, che nel Convivio così bene delineò la costituzione della psiche umana, prelundendo alla teoria della stratificazione del carattere del nostro Sergi, nella Divina Commedia immortalò con acuto senso psicologico alcuni tipi di delinquenti: la coppia adultera in Francesca e Paolo, il violento Filippo Argenti, il criminale ladro Vanni Fucci, il simoniac Nicolò 3.^o, il falsario Maestro Adamo da Brescia. Manzoni nei Promessi sposi ha descritto con arte sublime e con profondo spirito di osservazione le diverse forme con cui si esplica la criminalità, delineando di ognuna « con un'esattezza meravigliosa i caratteri che la scienza le attribuisce e ciò fin nelle più minute particolarità, fin nelle sfumature, se si

può dire così, dei tipi e dei caratteri » (Leggiardi-Laura). Nell'opera Manzoniiana tutta la classificazione scientifica dei delinquenti è rappresentata: il criminale nato (Griso, Nibbio, i bravi, Don Rodrigo, conte Attilio ecc.); il delinquente d'occasione (l'Innominato); il criminale per impeto di passione (Fra Cristoforo); la coppia criminale (Don Rodrigo e conte Attilio - Egidio e la Monaca di Monza); la folla delinquente. E dove pure con straordinaria potenza di osservazione, con « la descrizione psicologica più geniale ed ancora insuperata » (Ferri) è affermato il tipo criminale si è nelle opere di Shakespeare, opere in cui palpitano in modo mirabile per verità i diversi organismi delinquenti. Macbeth, Amleto, Otello incarnano genialmente i tipi più importanti del criminale: il delinquente nato, il delinquente pazzo, il delinquente omicida passionale. Nella suggestione potentissima del delinquente scaltro Iago su Otello, nella dipendenza intellettuale e morale di Otello a Iago è delineata in modo completo la fisio-patologia della coppia criminale. Mirabili anche sono le descrizioni che ha dato di altri tipi di delinquenti come Giulio Cesare, Riccardo III, il bastardo Giovanni, Volsey, Buckingham e delle forme psicopatiche che ha tracciate in Ofelia, in Amleto, in Timone d'Atene, in Giovanna d'Arco, in Re Lear ecc. L'arte dunque, o Signori, « ha mostrato ed ha ritratto il tipo criminale assai prima che lo trovasse l'antropologia » (Lombroso).

Si è obbietato recentemente dall'Alimena che la testimonianza de l'arte a favore dei tipi anatomici è negativa perchè i caratteri che nelle diverse opere si osservano non hanno valore peculiare e specifico, non rivelano quel tipo che la scienza ha designato nelle varie specie di criminali ma una folla di segni sparsi a caso per la ricerca dell'effetto e che altro non sono se non le stimate che generalmente si riscontrano nei degenerati, negli esseri bassi. Ma questa obbiezione che a tutta prima sembra grave non lo appare altrettanto se ci si indugia un poco a considerarla. L'Alimena ha voluto troppo pretendere dal genio degli artisti. L'artista ha constatato che il criminale è fornito di note degenerative che lo differenziano dall'uomo normale: questo è già molto e di grande importanza positiva. Un lavoro di sintesi tale da condurre alla affermazione sicura di un tipo criminale rispondente a quello che la scienza moderna ha rilevato non si poteva pretendere da chi, pur fornito di potente osservazione, illuminato dalla

fiamma del genio, non aveva copia di elementi nè motivo scientifico per effettuare codesta sintesi. Sono occorse centinaia di osservazioni per giungere alle attuali conoscenze, centinaia di prove e riprove, sono occorse le più recenti scoperte di fisiologia, di psicologia, di psichiatria per chiarire i problemi ardui della criminalità. Poteva un artista senza l'aiuto di queste scienze, con un corredo limitato di osservazioni non legate da un metodo concepire e nettamente fissare quel tipo criminale che rappresenta oggi il frutto di tanti studi ripetuti per anni con lavoro incessante? Questo invero non era lecito sperarlo anche dal genio per quanto vasti sieno i confini della sua fecondità. La prova dell'arte è stata grande, luminosamente positiva.

E l'arte darà ancora nuova messe di preziose osservazioni. Nè dobbiamo pretendere che gli artisti creino sempre tipi che corrispondano a quello che la scienza saprà domani per dare alle loro opere un valore probatorio, come pensa Alimena: non è giusto considerare l'artista che conferma e non anticipa una scoperta quale un semplice imitatore: eppoi ogni conferma non è forse un nuovo raggio di luce che meglio rischiarerà la verità? Lo spirito di osservazione che ha reso eccellenti gli artisti dei tempi passati non è spento in ognuno degli odierni. Non possiamo e non dobbiamo credere a tanta superficialità e pensare che un artista moderno quando non crea e descrive invece un tipo di delinquente, quale oggi giorno è noto, altro non sia che un plagiatario delle opere di Lombroso. Le opere della nuova scuola saranno aiuto, guida, stimolo alle ricerche: ma non cessa per questo lo spirito personale di osservazione dal quale dobbiamo ancora attendere molto per la conquista non solo di nuovi veri ma anche per la gloria di quello che sino ad ora si è determinato.

..
Come dunque avete sentito, o Signori, ciò che viene battezzato ai giorni d'oggi col nome di dottrina nuova, che viene giudicato quale un prodotto immaturo della mente e della volontà di un sol uomo, di Cesare Lombroso, non è che la comprovazione sperimentale scientifica di verità che da secoli esistevano nella coscienza umana e che si erano rivelate nella scienza antica risalendo sino ad Aristotile, a Platone, nella scienza popolare, nelle opere dei genî dell'arte. Una novità esiste in vero ed è nel metodo puramente obbiettivo della indagine; la novità è nella ap-

plicazione che di queste dottrine si cerca fare alla teoria delle pene. Ed è principalmente perciò che la scuola di Lombroso ha diritto di chiamarsi scuola nuova.

L'Antropologia criminale è sorta a dignità di scienza e si mantiene nel suo posto elevato per l'opera indefessa di Lombroso, per il lavoro di una pleiade di valorosi come Ferri, Marro, Garofalo, Amadei, Frigerio, Virgilio, Tonnini, Ottolenghi, Roncoroni, Carrara, Ferrero ecc. Ma mi piace pur notare, perchè segno palese di vitalità delle nuove dottrine, che a rafforzare le basi dell'Antropologia criminale illuminando alcuni dei più gravi problemi di questa scienza, concorsero senza legami di scuola, con piena indipendenza di metodo molti dei migliori ingegni della nostra Psichiatria quali Bonfigli, Morselli, Tamburini ecc. Non tutte le idee di Lombroso rimarranno: il suo stesso ingegno evolutivo sulla scorta del progresso perenne scientifico le modificherà. Ma si può prevedere fin d'ora che solo alcune pagine del gran libro scientifico che ha formato potranno essere modificate: il tipo criminale nato - la più bella e più grande manifestazione dell'ingegno suo - rimarrà.

∴

Ed ora, o Signori, dinanzi alla formidabile materia scientifica che costituisce l'Antropologia criminale, con lo scarso tempo che ci divide dalla fine de l'anno scolastico noi non potremo studiare che alcuni solamente dei problemi importanti che questa scienza ha risoluto. Ed io anzi mi intratterrò in particolar modo su quelli che hanno ottenuto nel mondo degli scienziati un consentimento generale. Voi - l'ho detto da principio - non dovete molto attendere da me: io vi darò alcuni cenni. Voi con l'ingegno vostro, con l'amore per questi studi che tanto debbono scientificamente e praticamente interessarvi colmerete la vostra cultura. La mia esposizione sarà mediocre: ma voi di essa non avete a contentarvi. Voi studiando il gran libro de l'Antropologia criminale scoprirete orizzonti scientifici rifulgenti di luce, infiniti: voi non dovrete limitare ad alcune parti solamente il vostro studio, dovrete prenderne conoscenza completa. Ed allora, o Signori - ve lo accerto - il complesso vi apparirà meraviglioso.

Opere consultate

Archivio di Psichiatria, Scienze Penali ed Antropologia Criminale Torino, Ed. Bocca; passim.

Puccinotti. Storia della Medicina. Livorno, 1859. Ed. Wagner.

Ferri. I nuovi orizzonti del diritto e della procedura penale. Bologna, Tipog. Nicola Zanichelli. 1884.

Marro. I caratteri dei delinquenti. Torino, 1887.

Lombroso C. L'uomo delinquente ecc. Torino, 1897. V. Edizione. Ed. Bocca.

E. Morselli. Antropologia Generale (Lezioni su l'uomo secondo la teoria dell'evoluzione). Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1888-1899.

Th. Piderit. La Mimique et la physiognomonie. F. Alcan, Éditeur. Parigi, 1888.

E. Lefort. Le type criminel d'après les savants et les artistes. Storck-Masson, Éditeurs. Lione-Parigi.

A. Niceforo. Criminali e degenerati dell'Inferno Dantesco. Torino, 1898. Ed. Bocca.

C. Leggiardi-Laura. Il delinquente nei « Promessi Sposi » Torino, 1899. Ed. Bocca.

Ferri. I delinquenti nell'arte. Libreria editrice ligure. Genova, 1896.

G. Ziino. Shakspeare e la scienza moderna. Studio medico-psicologico e giuridico. Palermo, A. Reber editore, 1897.

B. Alimena. Il Delitto nell'arte. Torino. Ed. Bocca, 1899.

A proposito di una recente classificazione delle malattie mentali

(vdi num. precedente)

Egregio collega

Sebbene non abbia la fortuna di conoscerla di persona, sento nondimeno il bisogno di scriverle per ringraziarla sentitamente dell'articolo che Ella ha avuto la bontà di dedicare ad una mia modesta pubblicazioncella, e che è apparso nell'ultimo numero del loro *Bollettino*. La ringrazio di cuore sia perchè fa sempre piacere vedere discusse, in qual siasi modo, le proprie idee; sia perchè, se altri facessero come Ella ha fatto, il mio scritto

avrebbe raggiunto lo scopo che io m'era prefisso; cioè quello di richiamare l'attenzione sull'argomento. Mi permetta però che le aggiunga che il tono non troppo benevolo dell'articolo è stato per me cagione di soddisfazione, perchè lusinga il mio amor proprio il vedere che un critico non benevolo non ha potuto trovare altri appunti al di là di quelli che nel suo articolo si contengono. Giacchè, infatti, io non considero come peccato imperdonabile quello di non essermi attenuto alle idee dell'Hecker apparse, come Ella stesso dice, 23 anni fa; nè come imperdonabile l'aver ommesso fra le tante classifiche quella ultima del Kraepelin che, con tutto il rispetto dovuto all'autore, non è poi che una fra le tante, e niente dice che debba essere la definitiva, anzi fa supporre che non debba essere tale il fatto che, pur essendo apparsa da tre anni, non pare abbia chiuso del tutto la questione. Non considero come appunto serio l'aver frammentate delle malattie, quando ho posto per titolo del mio scritto: *classificazione degli stati psicopatici*, e non *delle malattie mentali*; nè quello di avere espresso in qualche punto qualche idea che può avvicinarsi a qualcuna del Venturi; il quale, ad onta dei difetti che ogni uomo intelligente ha nella sua costituzione psichica, è uno dei più forti intelletti della moderna psichiatria italiana, ed Ella mi onora di molto mettendomi in sua compagnia. Sono io poi il primo a convenire di non essere affatto persuaso doversi il criterio prognostico mettere a base della classificazione delle malattie mentali, non fosse altro se non per questo che la prognosi è qualche cosa di così intimamente legato all'individuo sofferente ed alla sua speciale costituzione e temperamento, che diventerebbe con questo criterio impossibile qualunque classificazione, nè credo dovrebbe confondersi questo con quello che dice l'Hecker, che la perfezione della scienza dovrà consistere nel poter determinare dai primi sintomi il decorso del male; e ad ogni modo credo che, poichè a tale perfezione non si è ancora giunti, per ora tale criterio non può mettersi a base di divisioni ed aggruppamenti. È per ciò che io mi sono attenuto invece al triplice criterio dell'eziologia, dell'anatomia patologica e della sintomatologia, come Ella stesso dice; pur dicendo, non so perchè, di non averlo capito. È naturale però che per la imperfezione appunto delle nostre conoscenze è molto malagevole accordare i tre suindicati criterî nella costituzione di ogni singolo gruppo o sottogruppo; ond'è

che ho dovuto dare la prevalenza o all'uno o all'altro a seconda dei diversi casi, a seconda che maggiori sono le conoscenze in uno o in un altro campo, nei diversi gruppi di psicopatie. Sono io il primo a convenire che le forme efebreniche abbiano un fattore endogeno; cosa di cui credo aver tenuto conto dal momento che le ho classificate fra le malattie degenerative; piuttosto non ho mai negato che potessero esservi in esse delle alterazioni cellulari; come non ho negato che vi siano nelle frenosi semmi, e questo è un punto nel quale posso al massimo convenire di non essermi espresso molto chiaramente, si da aver potuto essere da lei non bene interpretato. Ed in ultimo convengo perfettamente che in molti punti ho emesso delle ipotesi, specialmente a proposito del fondamento non dico anatomico, ma piuttosto fisiopatologico delle psicosi acute, ma lo stesso Bufalini non mi pare poi che riprovi tanto questo sistema! Eh! Ora mai è dimostrato che, per quanto l'osservazione e l'esperienza debbano stare in cima alle ricerche scientifiche, il lavoro cerebrale che sulla base di queste osservazioni ed esperienze si eleva a vedute teoriche ha pure la sua importanza, e ne hanno la loro anche le ipotesi, le vedute teoriche cioè che non sono completamente dimostrate, che anticipano qualche cosa, ma che non sono perciò in contraddizione con quello che dalla osservazione e dall'esperienza risulta. Finchè dunque non sia dimostrato che vi siano dei fatti che le chiariscano erronee, non credo possa dirsi che non sia lecito emettere ipotesi.

Voglio con questo concludere che la mia classificazione è perfetta? Affatto, e, ripeto, sono felice delle critiche che le si muovono. Ho voluto solamente farle notare quello che alle sue obiezioni potrebbe, secondo me, risponderci. Le ho scritte in forma privata per non aver l'aria d'andare alla ricerca di polemiche; nondimeno se Ella ed il suo Direttore, al quale sarà gentile porgere i miei ossequi, volessero dare pubblicità alla presente, io me ne rimetto perfettamente a loro.

Mi creda, intanto, con stima

Dott. GAETANO ANGIOLELLA

Nocera 30 Marzo 1899

Ringrazio della risposta la cortesia del Dottor Angiolella. Non so perchè l'egregio collega tema di « aver l'aria d'andare alla ricerca di polemiche ». Tutti coloro che studiano i problemi della nostra scienza e non sono paralizzati dagli sconcerti di uno scetticismo stanco e infecondo, fanno opera utile a difendere e far valere le proprie idee e a discutere quelle degli altri, senza per questo apparire nell'aspetto antipatico di « fantasimi che cercano la guerra ».

Mi conceda il Collega di non convenire con Lui e di non reputare giustificazione valida la sua, quando all'osservazione che nella sua classifica passano per malattie dei frammenti di malattia, Egli oppone che il titolo appunto del suo lavoro è quello di « classificazione degli stati psicopatici ». Invece tutta la dissertazione è lì a dimostrare che l'egregio Collega ha veramente inteso di classificare delle malattie. Non ha Egli detto fin da principio (pag. 7) che « *ciò che oggi occorre in psicopatologia è la benintesa (?) costituzione delle varie entità cliniche* », e non ha citate per confronto e discusse nove classificazioni di malattie mentali (tali almeno sono nel concetto e nel proposito degli autori)? E a capo della serie che comprende *le manie, le lipemanie, la confusione, gli stati stuporosi e sonnambolici ecc.* non è scritto visibilmente « *malattie mentali nello stretto senso* » « *malattie che possono svilupparsi sulla base di una semplice invalidità cerebrale, legate a lesioni minute e guaribili delle cellule nervose* »? Insomma, o Egli ha voluto classificare degli stati morbosi e allora non s'intende perchè vi comprenda la Paralisi progressiva e l'Ebefrenia, che sono vere *malattie*, *processi morbosi* nel corso dei quali tutti i più vari *stati psicopatici* passano e si avvicendano; od ha inteso di classificare delle malattie, nel qual caso perchè mai vi comprende la lipemia, la mania, gli stati stuporosi che sono sindromi e non malattie? Ovvero nel linguaggio di Angiolella i termini malattia mentale, sindrome e stato psicopatico si equivalgono e suonano la stessa cosa, e allora non aveva io torto a ricordare con Hecker che una delle ragioni di questa sciagurata confusione babilonica di linguaggio che affligge la psichiatria sta nell'identificare il concetto di *stato morboso* con quello di *processo morboso*.

Dal quale pensiero dell'Hecker il dottor Angiolella crede che non sia danno l'allontanarsi; la classificazione ultima del

Kraepelin, che rappresenta una prosecuzione sapiente delle idee di Hecker e di Kahlbaum (di quelle idee, delle quali Morselli scriveva non è gran tempo: « più cresce la mia esperienza e più veggo la profondità e il valore delle vedute di Kahlbaum che forse ha anticipato di molti anni i futuri progressi della patologia mentale (1) ») la classificazione recente di Kraepelin, dicevo, per lui « *non è che una fra le tante, e niente dice che debba essere la definitiva.* » Ma chi ha mai detto che debba essere la definitiva? Invece io ho rilevato come sia strano che, in uno scritto inteso a proporre questo argomento all'attenzione dei maestri, si citi del Kraepelin una vecchia classificazione abbandonata dall'autore, e si taccia di una recente, che (almeno questo concederà il Collega) è il portato di una lunga fatica, degna della più grande considerazione.

L'aver ricordata la prima e taciuta la recente vuol dire che Angiolella non apprezza come progresso l'orientamento nuovo della psichiatria kraepeliniana; ciò ch' Egli conferma e spiega dichiarando « *di non essere affatto persuaso d'orsersi il criterio prognostico mettere a base della classifica delle malattie mentali.* »

E su quale criterio di grazia ci fonderemo?

Sull'anatomico? Gli osservatori più autorevoli c'insegnano che « le alterazioni delle cellule dimostrabili nei singoli processi patologici non sono espressione del disturbo funzionale, ma denotano in prima linea il turbamento del bilancio materiale cagionato dalle singole azioni nocive (2) ». Sull'eziologico? Se si prescin-

(1) Note al Ballet. pag. 86.

(2) *Rivista di patologia nervosa e mentale* 1898 pag. 500.

Il dott. Angiolella (pag. 6) crede « *si possa profetizzare che pressochè tutta la nomenclatura psichiatrica sarà coll'andar del tempo rinnovata, e agli odierni nomi che sono in rapporto or colla forma sintomatica ora coll'elemento etiologico, altri se ne sostituiranno indici del disturbo istofisiologico degli elementi cerebrali.* ». Io penso che sarebbe male se questo avvenisse. Applicato con conseguenza alla patologia interna questo principio dell'aristocrazia dei fatti anatomici, esso condurrebbe, come osservava Murri, a considerare la febbre tifoide come un'enterite ulcerosa, la febbre perniciosa come una splenite acuta, l'avvelenamento per fosforo come un'epatite parenchimatosa, la scarlattina come una nefrite, un' iperemia cutanea o un' angina ditterica ecc. Non so che cosa di meglio ne verrebbe alla Psichiatria. (V. Murri. *Lo Sperimentale*, 1876 p. 628. - V. anche le bellissime pagine che a questo proposito hanno scritto Magnan e Legrain nel libro - *Les dégénéres*, 1895.

de dalle intossicazioni e dall'esaurimento, com'è stato detto le mille volte, neanche questo è possibile: tutte le malattie che possono insorgere per uno dei fattori invocati dall'eziologia, insorgono anche senza di esso: perchè « ciò che noi sogliamo chiamar causa non è veramente che una parte della cagione (1) ». Chi facesse un gruppo delle malattie interne, sulle quali può agire come influenza causale il raffreddamento, metterebbe insieme la pneumonite e la nefrite, la corizza e la mielite, la emoglobinuria parossistica e la clorosi da freddo di Murri e comporrebbe un viluppo strano di fatti disparati; ma non può fare opera migliore chi presuma ora di dare una classificazione etiologica delle malattie mentali.

» *Io mi sono attenuto (seguita invece Angiolella) al triplice criterio dell'eziologia, dell'anatomia patologica e della sintomatologia: è naturale che per la imperfezione delle nostre conoscenze è molto malagevole accordare i tre suindicati criteri, ond'è che ho dovuto dare la prevalenza ora all'uno ora all'altro secondo i casi* ».

Che cosa ne risulta? Una classificazione dove l'anatomia patologica manca necessariamente in un terzo delle malattie e per un altro terzo è bisognato inventarla; dove l'eziologia si riduce press' a poco all'arbitraria affermazione della degenerazione o della semplice invalidità cerebrale, dove le designazioni sintomatiche e le distinzioni psicologiche stanno in luogo delle distinzioni cliniche. Preoccupato di spiegare tutto e definir tutto, l'egregio autore abbandona la terraferma dell'osservazione clinica per correr dietro a dei fantasmi d'interpretazioni. Ed ecco « *la lipemania che si deve a un eccitamento dei centri della sensibilità generale e soprattutto delle cellule in cui si elaborano le impressioni psichiche che chiamiamo dolorose (!)* » (pag. 63); ecco « *le paranoie acute caratterizzate essenzialmente dallo stato di paura, cioè di diminuzione del senso della propria personalità ecc.* » (pag. 64); ecco « *le manie che si hanno quando prevale l'eccitamento dei centri ideativi ecc.* ».; ecco insomma la psichiatria che presume di fornire spiegazioni prima ancora di avere dato un ordinamento pratico del materiale d'osservazione.

(1) Murri. *Polichinico* 1895 pag. 9.

Il proposito d'attenersi al *triplice criterio* non è dunque per ora attuabile. Come ha osservato benissimo Finzi, « classificare una malattia non è definire una malattia: definirla è mostrarne l'intima natura, traendo profitto da tutti gli elementi nosologici che ad essa si riferiscono; classificarla è assegnarle un posto fra le altre in ordine ad un determinato criterio fondamentale. Tale criterio per noi è la prognosi » (1).

C'è insomma un periodo nella storia della medicina, in cui, essendo scarsa e crepuscolare la luce diffusa dall'anatomia patologica e dalla fisiologia, le malattie sono conosciute solamente come successioni determinate di sintomi con modo d'iniziarsi, di decorrere e di finire loro proprio. Così i medici, anche prima che, vinte le riluttanze di Valsalva e di Morgagni, aprissero cadaveri di tisici, sapevano che un uomo che ha tosse e dimagra, che ha febbre vespertina e sputa sangue, finisce attraverso a speciali accidenti nella consunzione per un distinto processo morboso. Così, un secolo prima di noi, il farmacista dell'ospedale di Bedlam sapeva che certi ammalati dalla parola impacciata e dalla memoria indebolita, che sono deboli al punto da non potersi reggere e si dicono molto signori e capaci dei più grandi sforzi, senza presentare miglioramenti, muoiono improvvisamente o cadono nell'imbecillità e nel marasmo in seguito ad attacchi ripe-

(1) Molto istruttiva è a questo proposito una pagina di un grande scienziato, lo Stricker (Patologia generale pag. 440).

« La divisione dei tumori in benigni e maligni è stata oppugnata da molti; perchè essa manca (si dice) di base scientifica. Secondo questi tali, la distinzione dei tumori si deve fare partendo dalla loro struttura e genesi; e non già dai rapporti che essi hanno coll'organismo, ossia partendo dalle idee che noi ci siamo formate intorno al minore o maggiore danno che i tumori arrecano all'organismo medesimo.

Queste obiezioni non mi persuadono.

Ammetto anch'io che è molto utile ed anche conforme alla scienza l'esaminare i tumori al microscopio, ed in ogni neoplasia riconoscere tosto i tessuti che la compongono e il modo come s'è sviluppata, ma quel che più preme ai medici che si trovano al letto del malato è d'imparare a conoscere il grado di malignità della neoplasie, e s'eglino sono favorevoli all'esame microscopico dei tumori, è solo per ciò che sperano e desiderano d'essere chiariti intorno a questo importante quesito della malignità.

tuti: Bayle, vent'anni dopo, raccogliendo in un fascio i casi clinici che presentano questo decorso e quest'esito, proclamò entità clinica la Paralisi progressiva: una conquista incancellabile. Dalla tabe alla paralisi di Landry e alla paralisi bulbare, numerose malattie furono distinte per questo modo: prima come determinate successioni di sintomi, con decorso ed esiti speciali a ciascuna; l'anatomia patologica è venuta poi ed ha posto il suo suggello alle entità morbose clinicamente riconosciute.

E questa conoscenza delle malattie, anche se non attraversa la corteccia opaca che nasconde la natura dei fenomeni, non è perciò meno preziosa al medico, al quale è così reso possibile il compito che al letto del malato lo preme più da vicino: il giudizio prognostico. Riconosciuta infatti dall'analisi dei sintomi la presenza di uno di questi processi morbosi che la osservazione clinica ha distinto, egli vede nell'avvenire dell'infermo e predice le fasi future del male.

Nel momento storico che la psichiatria attraversa non è possibile altra conoscenza delle malattie mentali. Noi dovremmo insomma aggruppare i casi clinici che, considerati in tutto il loro decorso dal principio fino alla fine, si mostrano uniformi e nel modo d'iniziarsi e nei sintomi che si avvicinano e nell'esito;

Ora di questo bisogno dei medici non si tiene bastantemente conto quando noi diciamo loro che le neoplasie non si distinguono più in benigne e maligne, si bene secondo la loro derivazione dai foglietti blastodermici ecc. Per convalidare maggiormente le loro obbiezioni i nostri oppositori sono andati a tirar fuori anche la botanica, facendo rilevare quanto sarebbe contrario al metodo scientifico distinguere la pianta secondo l'utile e il danno che arrecano e non secondo la loro costituzione. Intanto io osservo anzitutto alla mia volta che l'agricoltore considera anch'egli la botanica come una bella scienza, ma ciò non pertanto egli distingue le proprie piante secondo il ricavato che gli danno.

In secondo luogo io non nego che per chi voglia studiare i tumori unicamente e puramente dal punto di vista della storia naturale la migliore classificazione non sia quella che si desume dalla morfologia e della genesi dei tumori stessi, ma dico che il medico fa bene a non abbandonare la classificazione che è fondata sulla loro malignità.... Infatti la materia che costituisce l'intera patologia è stata artificialmente disgiunta dalle altre scienze naturali, e racchiusa entro certi limiti, a secondo dei nostri bisogni, »

perchè solo quando si consideri il decorso complessivo e l'esito come il sintomo più caratteristico d'una malattia (ecco il criterio prognostico respinto da Angiolella), si può discernere l'essenziale dall'accessorio, e si evita di concedere a dei sintomi particolari un eccesso d'importanza e di riferire ad una sola forma morbosa tutti i casi che hanno comune qualche fenomeno saliente.

Tutta la storia della psichiatria è piena di quest'errore: Hecker, noi l'abbiamo veduto, lo combatteva ora sono più che vent'anni, Wernicke ne rileva la persistenza nella psichiatria dei nostri giorni. Questo è quel ramo (così Egli scriveva nell'aprire le sue lezioni nel 1894) che è rimasto addietro nel suo sviluppo e si trova oggi a quello stesso punto che circa un secolo fa tutto il resto della medicina..... La conoscenza medica delle malattie non si estendeva molto più in là di quella che troviamo ancora oggi sparsa nel pubblico, quando esso riguarda la tosse, la palpitazione, l'anemia, l'itterizia, la consunzione come particolari malattie. Questo precisamente è lo stato attuale della psichiatria, almeno presso la maggioranza degli alienisti suoi cultori. Certi sintomi di particolare importanza formano per sé stessi l'essenza propria della malattia: così uno stato depresso dell'animo, preso nel più largo senso, costituisce l'essenza della *melanconia*, uno stato di esaltazione con eccesso di movimenti quello della *mania*, e così di seguito. Si distingue ora una quantità di tali presunte malattie... (1).

Tale è l'indirizzo puramente sintomatologico al quale sono informate le classificazioni psichiatriche negli ultimi decenni: per esso si continua a parlare di una *demenza consecutiva o terminale*; si nega l'ebefrenia e si disconosce la demenza precoce per parlare di *modificazioni ebefreniche della mania, della melanconia, della paranoia* (2); si deforma il concetto della paranoia per ammettere delle *paranoie acute* e si seguita a diagnosticare la mania, le melanconia, la confusione, lo stato stuporoso, la frenosi sensoria, la demenza consecutiva, come non fosse vero che questi stati morbosi si collegano a un passato morboso insepara-

(1) Wernicke. Istituzioni di psichiatria. Trad. di N. Sbertoli 1896. pag. 2.

(2) Ziehen. Psychiatrie, pag. 231.

bile, o ad un avvenire che bisognerebbe prevedere. Per fare di queste diagnosi non c'è neanche bisogno d'esser medici, bastano gl'infermieri.

Da ultimo Angiolella esalta l'ipotesi come strumento di scienza. Nessuno che abbia l'intelletto sano può dissentire, nè io ho mai pensato o detto il contrario; sebbene è vero che mi sono espresso contro certe ipotesi, le quali *non anticipano nulla dell'avvenire e sono in contraddizione con quello che dall'osservazione e dall'esperienza risulta vero.*

Quando Angiolella aragumenta la ebefrenia e la sua sottospecie: la catatonìa, in un gruppo di malattie che « *rappresentano esagerazioni patologiche di certe alterazioni che normalmente si verificano nel carattere e in generale nella funzionalità cerebrale e nervosa ecc.* » (pag. 54), non esprime dell'ebefrenia un concetto contro cui stanno l'osservazione e l'esperienza? Un uomo costituzionalmente magro ed anemico ammalato di tubercolosi: la malattia che lo consuma accentua queste qualità congenite: del lavoro segreto e implacabile questa è la manifestazione esteriore e palese che prima viene in vista e colpisce una osservazione anche superficiale. Davanti a questo fatto di tutti i giorni se qualche secolo prima di Roberto Koch un medico, al quale era oscura l'essenza di quella malattia, così come a noi è oscura l'essenza d'una malattia mentale, avesse asseverato che quella malattia « rappresentava un'esagerazione patologica della costituzione normale dell'individuo », che cosa avrebbe afferrato della verità, che cosa avrebbe anticipato delle scoperte ammirande di poi? Evidentemente nulla; egli avrebbe invece fatto ciò che Bacone chiamava un'*anticipatio*, egli avrebbe espressa una veduta teorica male dedotta da una osservazione incompleta dei fatti: nel malato c'è bensì il dimagrimento, l'esagerazione cioè del difetto costituzionale, ma coesistono per chi sa vedere tanti e tanti altri fenomeni che sono della malattia una rivelazione diretta ed essenziale. Quel medico avrebbe poi dimenticato che la tisi colpisce anche individui dalla nutrizione apparentemente florida, così come Angiolella par che dimentichi che molti ebefrenici, prima della tisi psichica, avevano addimostrata una organizzazione psichica per ogni rispetto felice.

Io espressi anche qualche dubbio su quella specie di patogenesi dinamica che Angiolella assegna all'ebefrenia. La vecchia patogenesi sessuale dell'isterismo non aveva più debole fondamento di questa. Tutti gli uomini attraversano i tumulti sessuali della pubertà; pochissimi per fortuna ammalano allora di quella speciale forma tanto illustrata da alcuni medici della Germania; molti ammalano allora con altre malattie mentali, colla frenosi maniaco-depressiva, colla neurastenia e coll'isterismo; altri sono colpiti da quella malattia quando già son fuori di quella età affaticata dai ribollimenti della sessualità prorompente, e dalla cura preparatrice dell'avvenire. Una ipotesi, perchè sia rispettabile, deve dar ragione di tutto ciò e dire perchè solo quei pochi ammalano in quella speciale forma; deve illuminare in qualche modo il processo patogenetico attraverso il quale una psiche prima sana, o, anche se volete, anomala subisce quello speciale deterioramento; deve indicare con determinazione perchè certi poteri, come i mnemonici, si mantengono con poco mutamento, altri come gli affettivi e i volitivi si alterano così profondamente ecc. Che lume invece ci danno delle affermazioni come quelle che citai, o delle formole come queste di Venturi: « La pazzia masturbatoria rispetto alla vita sessuale risponde perfettamente all'ebefrenia rispetto alla vita psichica. Quella è l'espressione dell'incapacità dell'individuo all'esercizio dell'amore.; l'ebefrenia è l'espressione dell'incapacità ad arrivare all'esercizio della vita psichica allo scopo della lotta per la conservazione ed il miglioramento materiale e morale di sè e della discendenza (1) »? Ma queste, sia detto con rispetto al chiarissimo autore, sono sentenze, o piuttosto definizioni, o piuttosto tautologie pretensiose e vacue, che stanno alla psichiatria scientifica precisamente come la pazzia masturbatoria sta alla vita sessuale, e l'ebefrenia alla vita psichica. Così non *si anticipa qualche cosa dell'avvenire*, ma si perpetua quella che noi abbiamo, una psichiatria clinica che non soddisfa ai suoi fini, nella quale l'avventatezza delle ipotesi facili e vaghe è solo eguagliata dalla superficialità delle osservazioni incomplete.

DOTT. ALBERTO VEDRANI

(1) Le degenerazioni psicosessuali, pag. 336.

Una visita al Manicomio di Alt-Scherbitz

del dott. **Jacopo Finzi**

I

A 20 minuti di ferrovia da Lipsia, sulla linea Lipsia-Halle, si scende alla stazione di Schkeuditz, donde, dopo un quarto d' ora di cammino, si entra nei domini del manicomio provinciale di Alt-Scherbitz.

Prima che qualcuno dei medici cominci a condurre il visitatore in giro per i diversi padiglioni, il Direttore dà sempre al nuovo venuto un'idea generale sull'ordinamento del manicomio. Il Paetz, quegli che vide nascere lo stabilimento, e al quale ha dedicata tutta la sua attività, espone brevemente i principi fondamentali del suo sistema così: (1)

Riunione dei vantaggi di un manicomio chiuso con quelli della colonia, senza gli svantaggi dell'uno e dell'altra, essendo il manicomio a piccoli padiglioni isolati, mentre la colonia, pur facendo un tutto col manicomio propriamente detto, è da questo tenuta affatto distinta;

Abolizione assoluta del sistema dei corridoi, delle mura di cinta, delle inferriate e di qualsiasi altro mezzo coercitivo.

« Noi dobbiamo, dice il Paetz, cercare, per quanto è possibile, di mettere i malati di mente, specie quelli che sono semplicemente da custodire, nelle condizioni che più si avvicinano a quelle della loro vita usuale. Perciò tutti i padiglioni devono avere l'aspetto di case comuni, meglio, di case campestri; non già rozze, ma nemmeno dall'aspetto grandioso, o troppo di lusso. Queste case saranno fra loro perfettamente isolate; avranno attorno ampi giardini. Siepi, o al massimo cancellate coperte di sempreverdi separino un comparto dall' altro. Così gl' interiori non saranno punto foggiali sul sistema dei corridoi. Nulla di speciale nelle finestre; nelle camere di isolamento sarà conveniente avere finestre a vetri molto grossi e piuttosto piccoli; in tutte le stanze se-

(1) Il Paetz ha svolto queste sue idee nel lavoro: *Die Kolonisierung der Geisteskranken*, etc. Berlin 1893.

die, tavolini, cassettoni, armadi, buffets, quadri, specchi ecc. Non ci debbono essere camere speciali per gli infermieri, i quali (eccettuato nelle celle d'isolamento) devono sempre dormire negli stessi ambienti dei malati.... ».

Questa preparazione del Dott. Paetz impressiona, come può impressionare un bel quadro utopistico; e mette subito una gran voglia di vedere in atto un sistema, che a molti può sembrar già difficile a pensarsi teoricamente.

Il manicomio provinciale di Alt Scherbitz ha una estensione di circa 300 ettari. Il manicomio propriamente detto è diviso dalla colonia soltanto per mezzo della strada provinciale, che da Lipsia va ad Halle. Nel « centrale », cioè nel manicomio propriamente detto, stanno tutti i malati, che per il loro stato psichico hanno bisogno di sorveglianza continua, o di isolamento. I padiglioni sono distribuiti simmetricamente, per gli uomini e per le donne, ai lati di una linea divisionaria mediana, lungo la quale si trovano l'edificio dell'amministrazione e l'infermeria. Uscendo dal piccolo ed elegante edificio dell'amministrazione, il primo fabbricato che s'incontra è il comparto d'osservazione, dove vengono portati quei malati, che, usciti da un periodo in cui erano esaltati, o comechessia pericolosi, non presentano però ancora tutte le garanzie per essere inviati alla colonia. Un'ampia veranda fa accedere ai tre grandi ambienti terreni, che servono di abitazione diurna. Dato il carattere di questo comparto, il sistema delle porte aperte non è applicato per intero; le porte e le finestre hanno forma comune, posseggono però mezzi di chiusura speciali, da usarsi facoltativamente a seconda del bisogno. I dormitori sono nel piano superiore. In questa sezione stanno circa 40 malati e 3 infermieri.

I due padiglioni che seguono sono quelli di accettazione e di sorveglianza, l'uno per i malati di prima e di seconda classe, l'altro per quelli di terza, cioè per i malati comuni. Ciascuno contiene da 26 a 30 malati e 4 infermieri. Qui stanno tutti i malati freschi, quelli con tendenza al suicidio, i sitofobi, ecc., tutti quelli insomma che hanno bisogno di una assistenza molto accurata: perciò non esiste in queste due ville che il piano terreno. Intorno alle sale da mangiare e di riunione stanno distribuiti gli ambienti per la *Bett-Behandlung*, le camere da letto e gli altri piccoli ambienti necessari. Il giardino è chiuso da una cancellata in legno, alta m. 1.50; le finestre speciali, che in principio si erano fatte, si sono mostrate con l'esperienza affatto inutili, e oggi

l'unico mezzo di sicurezza esistente è la chiusura a chiave delle finestre, le quali sono non solo di forma usuale, ma sono formate di vetri, grande ciascuno cm. 40 × 60. In questa sezione i malati non sono al massimo che occupati in lavori domestici. Nella sezione per i malati di 1.^a e 2.^a classe si fanno facili lavori manuali, letture, giuochi vari ecc. Dei 4 infermieri che stanno in questa sezione, uno sta nella sala di riunione, uno sorveglia i malati a letto (e sono i più), uno sta ai bagni e attende alla pulizia e alla cucina, il quarto sorveglia la biancheria e accompagna i malati a spasso.

Seguono le due sezioni agitati, che qui chiamano « compartimenti chiusi », gli unici dove porte e finestre hanno speciali sistemi di chiusura e in cui esistono stanze di isolamento. Delle due sezioni chiuse, la prima contiene gli agitati puliti, i quali alla loro volta sono tenuti divisi in due gruppi: per uno l'ampia sala di riunione si trova al piano terreno, le stanze da letto sono al piano superiore; per l'altro c'è un'altra sala di riunione ed annesse quattro camere d'isolamento. I malati più pericolosi e sudici stanno nell'ultimo padiglione, che contiene tre ambienti di riunione, e cinque camerette d'isolamento disposte in fila lungo l'unico corridoio che si trovi in tutto il manicomio. Di queste due sezioni, la prima contiene (così per gli uomini come per le donne) circa 50 malati, a cui soprastanno 6 infermieri. La seconda circa 40 malati e 5 infermieri. Le finestre sono qui quelle inventate dal Paetz (1): sono a vetri piccoli e robustissimi, ma perfettamente trasparenti, e si aprono in quattro ali per di dentro come le finestre comuni; 4 dei 20 pezzi, che formano la finestra, possono scorrere in basso coprendo i pezzi inferiori, e lasciare sufficiente passaggio all'aria, senza che la finestra venga aperta e senza che l'apertura sia troppo grande. Dietro alle finestre stanno al di fuori ordinarie gelosie a tendina, da alzarsi ed abbassarsi, e i cui singoli bastoncini possono stare paralleli o addossati gli uni sugli altri e graduare così la luce a piacere, come è frequente vedere oggi in moltissime case private.

L'infermeria o lazzaretto, edificio posto sulla linea centrale dividente gli uomini dalle donne, contiene una grande sala per 18 malati di ciascun sesso, malati in cui i sintomi di malattia non mentale predominano e mettono in pericolo la vita. Infine fa parte del manicomio

(1) Allgèm. Zeitschr. f. Psychiatrio Vol. XLVIII pag. 639.

centrale una sala di lavoro, dove stanno malati che abitano nel primo descritto comparto d'osservazione, e possono lavorare in un ambiente separato, ma che non si crede ancora prudente mandare alla colonia.

Tutti i malati, i quali, sebbene bisognosi di sorveglianza manicomiale, sono suscettibili di un trattamento più libero, vengono trasferiti alla colonia. La colonia non ha nulla che ricordi non solo un manicomio, ma nemmeno un asilo, o uno stabilimento qualsiasi. È un insieme di case, diverse le une dalle altre, irregolarmente distribuite, però raccolte essenzialmente in due gruppi: colonia maschile e colonia femminile. Questi due gruppi di case fanno capo al centro della colonia; dal lato delle donne alle cucine, lavanderia e cascina; dal lato degli uomini alle stalle, alle rimesse e a varie officine. Alla colonia maschile appartengono inoltre sei case del piccolo confinante villaggio di Alt Scherbitz, di mano in mano comperate e migliorate dall'amministrazione del manicomio. Una grande quantità di campi coltivati, orti immensi, vasti tratti di parco e giardino e infine qua e là piccoli boschi dividono fra loro i fabbricati; il fiume Elster Bianca segna i confini meridionali della colonia.

Le singole case, tanto per gli uomini quanto per le donne, sebbene diverse fra loro, sono costrutte internamente secondo un tipo simile: sale di riunione, di lavoro e da mangiare, cucinetta, bagni e ritirata al piano terreno; camere da letto ed annessi al piano superiore. Ciascuna contiene in media 20 malati; una casa della colonia uomini e una della colonia femminile contengono circa 40 malati ciascuna, perchè comprendono una sala per malati costretti al letto. Infermieri ce ne sono nella colonia uno ogni dodici malati circa. È severamente proibito in tutte le case della colonia, dal levare del sole fino all'andata a letto dei malati, di tener chiuse le porte. Tutti i malati durante il giorno sono occupati nei diversi lavori. Nelle case del villaggio abitano molti lavoratori dello stabilimento, macchinisti, cocchieri, alcuni stallieri, giardinieri, lavoratori della fornace, un capo infermiere, ecc. molti con le loro famiglie, e insieme mescolati (nelle case oggi appartenenti al manicomio), circa 70 malati uomini e 3 infermieri (1). Vicinissimo al grande

(1) Questo accenno di tentativo verso il sistema della cura familiare, o custodia privata, non tendo ad allargarsi. In Alt-Scherbitz si tratta di un appendice del manicomio; i 70 malati accennati dipendono sempre dalla Direzione e fanno parte della colonia.

piazzale costituito dalle officine, stalle, cucina, lavanderia e dall'abitazione del Direttore, piazzale che forma il centro di tutta la colonia, sta un bell'edificio, dove si trova la sala per concerti e rappresentazioni, servizio divino, sale di lettura e di gioco. Qui si trova la scuola di musica vocale e strumentale, e si danno le feste da ballo.

Questa essendo la distribuzione degli edilizi della colonia, è facile immaginare quale ne sia la vita. L'impressione generale che si riceve dal manicomio di Alt-Scherbitz non è quella di un manicomio; il manicomio qui viene a rappresentare come l'ospedale dello stabilimento coloniale. E questo concetto generale ha sempre informato il metodo di direzione del Paetz: ed ha essenzialmente informato tutto lo sviluppo storico dell'istituto. La gestione interna di un così vasto stabilimento e la necessità di ingigliorare ed aumentare continuamente il numero degli edilizi fanno sì che lavoro di tutti i generi ce ne sia e per tutte le persone e in tutto il tempo dell'anno. Tutti i generi di lavori campestri, dal giardinaggio ai lavori boschivi, tutte le qualità di arti manuali, non solo, ma la sorveglianza dei generi alimentari, il conteggio di entrata ed uscita nelle diverse aziende, ecc. richiedono tante braccia e tante intelligenze, da rendere opportuno anche l'aiuto dei malati delle classi sociali più elevate.

Nel manicomio il trattamento a letto e l'educazione al lavoro attivo; nella colonia il lavoro ordinato e sistematico; dappertutto la massima libertà e un trattamento da ammalati, non altro che da ammalati, sono i concetti che si vedono in atto nella vita del manicomio provinciale di Alt-Scherbitz, e che l'esperienza di molti anni ha dimostrato fino ad oggi essere i più razionali non solo nella cura medica dei malati di mente, ma anche nell'amministrazione di quell'organismo complesso che è un asilo d'alienati.

Tutte le obbiezioni che a tali concetti, apparentemente troppo grandiosi, dal punto di vista economico, troppo liberali dal punto di vista psichiatrico, si possono sollevare, e in fatti sono state sollevate, cadono facilmente di fronte ai fatti dell'esperienza. Non solo in Alt-Scherbitz, ma dappertutto dove simili manicomi sono stati istituiti, nè si è speso di più che altrove, nè sono quivi successe più frequenti fughe o disgrazie che in altri istituti organizzati all'antica. L'unica obiezione un po' grave che a tale sistema si può fare, è questa: che la serietà e il coraggio necessari ad un'opera simile non si trovano ad ogni piè sospinto fra gli uomini, anche della professione; il che però,

se si dovesse sempre prendere in considerazione, ci impedirebbe troppo spesso di far cosa alcuna per il nostro miglioramento e finirebbe di cristallizzarci in un fatalistico pessimismo.

II

Quando, poco dopo il 1870, il manicomio di Nietleben si cominciò a dimostrare insufficiente ai bisogni della provincia di Sassonia, visti i buoni risultati che il sistema coloniale aveva dato in altri luoghi, la provincia, allo scopo appunto di fondare un asilo coloniale di pazzi, comperò, per circa un milione di marchi, il fondo di Alt-Scherbitz, rappresentato da 202 ettari di campi coltivati, 18 di bosco, 47 di prato, 9 di orti, 11 di giardino e oltre 12 ettari occupati da vie, canali, case, cortili e chiesa. La scelta del luogo non fu naturalmente indifferente: la scelta doveva rispondere a certi requisiti: salubrità e possibilmente amenità del sito, buona e sicura rendibilità del terreno, possibilità in questo di prestarsi a lavori di ogni genere, presenza di acqua in quantità e qualità conveniente, comodità di vicino materiale di fabbrica. È facile capire come queste condizioni, se riunite, siano di somma utilità per la cura dei malati non meno che di immenso vantaggio per l'amministrazione. Nel 1876 erano terminati solo due padiglioni, un comparto di osservazione, e un comparto chiuso; in quell'anno furono portati da Nietleben i primi malati. Intanto si seguitava a fabbricare. Nel 78 si eresse il padiglione di sorveglianza; dal 79 all'83 si fabbricarono le altre due sezioni chiuse e le altre due di sorveglianza, più sei case della colonia. Nel frattempo, in un'occasione patriottica, si era innalzato, nella cerchia dei domini di Alt-Scherbitz, un asilo per invalidi, una spece di ricovero per vecchi, unito al manicomio solo in quanto è sottoposto alla medesima direzione, ma senza alcun scambio di malati. Nel 1883 il manicomio poteva contenere oltre 400 ricoverati.

La fabbrica dei diversi padiglioni fu sempre condotta secondo le buone norme della tecnica e dell'igene edilizia. Esclusa qualsiasi imponentza e grandiosità di fabbricati, essi dovevano essere di grandezza media e separati gli uni dagli altri. Nella colonia le casette semplici e modeste non entrano nemmeno in questione per il loro prezzo; per gli edifici del centrale, il sistema può sembrare a prima vista più dispendioso dell'altro sistema a fabbricato unico, grande, riunito. Ma bisogna

tener conto 1) che i vantaggi che dal sistema dei padiglioni separati risentono i pazzi rendono meno dispendioso il loro mantenimento, in quanto sono più tranquilli, più facilmente custodibili, in più breve tempo atti al lavoro; 2) che con tale sistema gli edifici possono essere molto più semplici e il loro modo di fabbrica anzi non deve derogare dall'ordinario per fabbrica di case comuni; 3) che con tale sistema sono insieme aboliti i muri di cinta, i muri di divisione fra i comparti, sono assolutamente esclusi tutti i passaggi coperti, cose che sono di svantaggio ai malati, danno al manicomio un aspetto carcerario, non presentano nessuna utilità pel servizio e costano una quantità enorme di denaro. Così dicasi per i corridoi, le inferriate, e gli altri mezzi speciali di sicurezza, che hanno tutti gli svantaggi e nessuna utilità. Anche l'abolizione dei mezzi coercitivi, propriamente detti, oltre che un progresso umanitario, rappresenta un vantaggio medico ed economico inestimabile: i malati non legati diventano più difficilmente furiosi e i gravi esaltamenti durano meno. E non è nemmeno vero che l'abolizione dei mezzi coercitivi renda necessario un numero maggiore di infermieri: nel manicomio di Alt-Scherbitz vi è in media 1 infermiere ogni 10 malati. Le celle, secondo l'opinione del Paetz, non debbono presentare nulla di speciale nella loro costruzione: non aperture alle porte, le quali hanno solo l'ufficio di risparmiare agli infermieri, e talvolta anche ai dottori, la fatica di entrare nella cella. Lo stesso difetto, più quello dell'odore, hanno i sistemi di cessi dentro alle celle medesime. Si può dire pertanto di tutti, anche i più blandi, mezzi di coercizione, che essi, dal punto di vista generale del fine di un manicomio moderno, sono di grave danno ai malati, favoriscono le trascuratezze del personale sorvegliante, rappresentano una spesa non indifferente per le amministrazioni, sono indizio di un assai basso grado di educazione civile in tutto il paese dove tali mezzi vengono adottati in un manicomio nuovo, e infine a giustificarli non rimane oggi (all'infuori di certe necessità legate ad infelici costruzioni di manicomi vecchi) che la diminuzione di fatica, l'alleggerimento di responsabilità che tali mezzi coercitivi favoriscono. Qualsiasi altra ragione addotta in favore dei sistemi coercitivi non può derivare che da preconcetti non giustificati dall'esperienza, da pregiudizi ed errori radicati da una falsa educazione.

Riprendendo la storia del manicomio di Alt-Scherbitz, noi vediamo dopo l'88 erigersi il nuovo edificio per l'amministrazione, fra l'88 e il 91 il lazzaretto, nuove officine, nuove abitazioni per i medici, am-

bienti per bagni in ciascun padiglione, anche nei più piccoli. Infine si riordinò in modo definitivo la condotta dell'acqua, e si stabilì un impianto di luce elettrica. Oggi, il manicomio di Alt-Scherbitz, insieme con l'annesso asilo per invalidi, può contenere circa 1000 malati. Abbiamo già visto come questi 1000 malati sono divisi. Le solite separazioni dei tranquilli dagli agitati, semi-agitati, sudici, idioti, epilettici, alcoolisti, ecc. presentano, dice il Paetz, per i malati degli svantaggi, per l'amministrazione nessuna utilità. Innanzi tutto si distingueranno i malati atti alla vita della colonia e quelli da tenersi al « centrale ». Fra questi ultimi si terranno divisi quelli da sorvegliarsi continuamente da quelli da tenersi rinchiusi e da quelli semplicemente in osservazione. Le medie di tutti gli anni, dedotte dal numero dei malati di Alt-Scherbitz, dimostrano che circa il 60 0/10 della popolazione totale sta nella colonia; della popolazione del « centrale » il 30 0/10 appartiene alle sezioni di sorveglianza e all'infermeria; il 45 0/10 ai comparti chiusi; il 10 0/10 è rappresentato da dozzinanti di 1.^a e 2.^a classe, e in fine il 15 0/10 sta in osservazione, sulle mosse per la colonia. Circa due terzi adunque della popolazione del manicomio è impiegata in lavori produttivi. Aggiungendo quei malati del centrale che pure lavorano, si può dire che quasi il 70 0/10 della popolazione totale di un manicomio può essere profittevolmente utilizzata. In certi manicomi si è raggiunta una percentuale anche più elevata: il Gudden ad es. dice che fra gli abitanti di un manicomio, l'86 0/10 degli uomini, il 70 0/10 delle donne, è in media atto al lavoro. Facendo ora la media della capacità di lavoro dei malati in rapporto con ciò che si considera come prodotto di una giornata di lavoro di un operaio ordinario (1), dato che il 65 0/10 della popolazione manicomiale lavora, si può contare sopra il prodotto di un numero di operai sani uguale al 25 0/10 della popolazione manicomiale.

Ad una colonia industriale non si potrà mai in un manicomio dare uno sviluppo così grande come ad una colonia agricola. La colonia industriale può essere in un manicomio solo abbozzata: in essa, e per la qualità del lavoro e per la sua uniformità, la costrizione in ambienti chiusi, talvolta il materiale con cui si lavora, l'agglomeramento

(1) Ar. Brandes, Die Irrenkolonien. Hannover 1865. Köppe, Ueber die Landwirthschaft in der Psychiatrie. Allgm. Zeitschr. f. Psych. 1876, XXXIV, 91. Paetz, op. cit. pag. 60 e segg.

di persone, ecc. si richiedono energie, così fisiche come mentali, perfettamente sane.

A dirigere, sorvegliare ed amministrare i 1000 malati del manicomio di Alt-Scherbitz stanno: un direttore, un vice-direttore, cinque medici, due ispettori e due ispettrici. Per gli affari d'amministrazione, si trovano, subordinati al direttore in tutte le loro decisioni ed azioni riguardanti la gestione interna del manicomio, un commissario, un ispettore amministrativo, un economo o maestro di casa; poi un segretario e due scrivani. Il rimanente del personale è formato da infermieri ed infermiere in ragione di 1 ogni 10 malati: più 3 infermieri operai, una guardarobiera, due cuoche, 10 serventi di cucina e lavanderia, un macchinista, tre fuochisti, un mastro muratore, un giardiniere, un portiere una guardia notturna, due servi di casa. Un'altra quindicina di persone circa è stabilmente addetta alla sorveglianza o per aiuto nei diversi generi di attività che si esplicano nella colonia.

Prendendo in considerazione il manicomio di Alt-Scherbitz quale è oggi, cioè, insieme con l'asilo, capace di circa 1000 malati, noi troviamo che il costo di tutti i fabbricati compreso anche l'impianto per la luce elettrica, è stato di 1721807 marchi. Gli inventari, e i conti diversi dimostrano che in media ogni singolo posto di 1.^a e 2.^a classe è venuto a costare dai 1200 ai 2000 marchi; ogni posto comune al centrale circa 900, alla colonia circa 700, nel villaggio poco più di 500 marchi. Aggiungendo alla predetta somma il costo del terreno, cioè 1000000 di marchi, si ha un prezzo medio per ogni posto di 2835 marchi, pari a 3543 franchi; un prezzo adunque meno che mediocre per un manicomio modello. Certamente nei primi anni dello sviluppo, e per il piccolo numero dei malati, e per la necessità di continue fabbriche e miglioramenti di ogni genere, il fondo non poteva rendere di molto; ma già nel 1888 esso cominciò a dare una rendita del 5 % del suo prezzo. E il suo prezzo era stato del resto enorme: naturalmente di fronte ai vantaggi che se ne poteva ripromettere, la provincia aveva volentieri seguito i consigli del Paetz, e spese un milione di marchi per avere un terreno sano, ameno, ricco, vario e con acqua. Le altre rendite della amministrazione sono rappresentate dalle rette dei malati e da un sussidio determinato ad un minimo, ma variabile secondo gli speciali bisogni, della cassa provinciale. Le rette dei malati sono: non meno di 1600 marchi per i malati di 1.^a classe, da 6 ad 800 marchi per quelli di 2.^a; da 240 a 400 marchi per quelli di 3.^a. Il mi-

nimo di 240 marchi è pagato, per i malati che non posseggono assolutamente nulla, dal circondario nativo, o dalle associazioni di soccorso per i poveri della campagna. Il mantenimento complessivo di un malato di 3.^a classe costa in media 248 marchi annui, pari a 355 franchi.

Il Pactz, a cui poco tempo fa io scriveva, domandandogli se nulla vi era di essenzialmente modificato nell'andamento amministrativo dall'epoca della mia visita ad Alt-Scherbitz, cioè da un anno, mi rispondeva, che all'infuori del progressivo miglioramento delle condizioni economiche, nulla affatto era mutato. E ciò è molto facilmente spiegabile, se si pensa che per quanto il numero dei malati aumenti, e la manutenzione degli edifici si debba fare sempre su più larga scala, anzi sia continuamente necessario fabbricare case nuove e migliorare edifici vecchi, pur tuttavia d'altra parte e il numero grande di edifici, superiore al bisogno immediato, oramai esistente, e la buona qualità del materiale non meno che del metodo di fabbrica usato, e il numero sempre maggiore di braccia portato nella lavorazione del fondo, tutto ciò è facile capire come permetta una certa sosta nelle spese e insieme allarghi le sorgenti di lucro, aumentando la rendibilità del fondo, il numero di rette pagate, e rendendo sempre meno caro il mantenimento dei malati di mano in mano che il loro numero cresce,

III

Mentre il manicomio di Alt-Scherbitz si sviluppava, il vecchio manicomio di Nietleben subiva delle importanti modificazioni.

Indipendentemente dal fatto che gran parte dei pazzi della provincia prussiana di Sassonia fanno una prima fermata nella Clinica di Halle, gli abitanti della provincia possono liberamente mandare i loro malati di mente in quello dei due manicomi che più loro piace; e il manicomio di Nietlebe è per gran parte della provincia più comodo a raggiungersi che quello di Alt-Scherbitz. Dopo il 1879, i due manicomi, pur dipendendo dalla stessa amministrazione provinciale, cominciarono ad avere una vita affatto indipendente per tutto ciò che riguarda gestione interna e movimento di malati. Nessun ampliamento, ma notevolissimi miglioramenti furono apportati al manicomio di Nietleben durante gli anni 1879 1885, nei quali fu Direttore il Prof. Hitzig. Ma il manicomio poteva contenere al massimo 630 malati; ed essendo il loro numero già vicino ai 600,

l'amministrazione provinciale nel 1887 decise un allargamento del manicomio di Nietleben fino alla capacità di 900 malati. Come forma da darsi a questo allargamento, la quale offrisse, se non il minore dispendio immediato, i maggiori vantaggi economici complessivi, cioè il minore dispendio per il mantenimento successivo, fu stabilito di lasciare il vecchio edificio come stava, tanto più che i recenti lavori lo avevano molto rimodernato, e di fabbricare un certo numero di ville in immediata vicinanza dello stabilimento, in terreni già appartenenti al manicomio (1). Si cominciò subito a dar mano ai lavori: andarono così sorgendo lentamente i due comparti di osservazione (*Aufnahme-Station*) per i malati appena entrati, uomini e donne; una villa per l'abitazione di un medico con la sua famiglia; e sette case campestri, press'a poco sul tipo di quelle della colonia di Alt-Scherbitz. Nel 1890 il numero dei posti era già salito a circa 750, e il numero dei posti occupati era di 669.

Ecco come la provincia di Sassonia ha per ora risolto il suo problema manicomiale. Se le regole e i principi che hanno presieduto alla fabbrica e allo sviluppo del manicomio di Alt-Scherbitz possono senza altro essere giudicati come ottimi, e servire di norma a qualsiasi alienista ed amministratore in un progetto per un manicomio nuovo, così non si può dire per le modificazioni portate al manicomio di Nietleben, non già per la natura delle modificazioni stesse, che sono le migliori che oggi si possano pensare dal punto di vista psichiatrico e dal punto di vista economico; ma perchè non tutti i manicomi vecchi possono disporre di terreni nei loro dintorni immediati, come quello di Nietleben. E vero che il primo pensiero dell'amministrazione provinciale, data l'insufficienza del vecchio manicomio, non fu quello di allargarlo, ma di fabbricarne uno nuovo. Ma condotto a termine tale divisamento (e in qual modo magistrale abbiamo veduto), visto che anche ciò non bastava e che anche il progressivo aumento del manicomio nuovo era insufficiente ai bisogni della popolazione, l'altro lato del problema fu svolto.

(1) Io non sono stato a Nietleben. Ho avuto queste notizie da informazioni verbali in Alt-Scherbitz e in Halle. Qualche cosa in proposito trovasi in Paetz, op. cit. o più particolarmente: H. Laehr, *Die Heil-und Pflegeanstalten für Psychischkranke des deutschen Sprachgebietes*. Berlin 1891, pag. 72 sgg.

Il caso Alt Scherbitz-Nietleben si presta a molte riflessioni: un esempio, è vero, per quanto istruttivo, è sempre un caso solo, e ciò è poco; ma come nella clinica, vi sono in ogni genere di cognizioni dei casi che per sè soli bastano, se non a risolvere del tutto, certo a portare una gran luce in problemi anche molto complicati. Il caso Alt-Scherbitz è, ad es., decisivo per la questione di un manicomio nuovo. Il problema di un manicomio vecchio è apparentemente più difficile, certo più spesso praticamente importante e complesso, perchè molto più spesso il caso si presenta che si abbia uno stabilimento già avviato da mantenere, da migliorare, da ampliare. Qui terreno, fabbricati, ci sono già: e allora tutti i vantaggi che possono provenire dal lavoro dei malati, dall'abolizione dei mezzi coercitivi, ecc., sono naturalmente con assai maggiore difficoltà raggiungibili. Dato un manicomio all'antica, un misto di convento, di prigione e di caserma, è egli veramente possibile applicare così senz'altro il *no restraint*, e far produrre ai malati tanto da aiutare in modo sensibile l'amministrazione, specie se gli ambienti, oltre che disadatti e insufficienti, sono troppo affollati, e il numero degli infermieri è inferiore al rapporto di 1 a 10, e non esistono bastanti vasche da bagno, nè camere d'isolamento? A tale serie di questioni solo l'esperienza può rispondere; purtroppo io non credo di andar lungi dal vero affermando che se questa esperienza non è ancora fatta, in parte si deve al fatto che si ha un certo timore d'intraprenderla, non fosse altro per l'idea che questa sarebbe una esperienza eccessivamente dispendiosa. Il che invece è tutt'altro che dimostrato.

Di fronte al fatto dell'aumento progressivo della popolazione dei manicomi, il problema non si limita naturalmente alla manutenzione dei fabbricati vecchi, al mantenimento di quel dato numero di malati, ma comprende necessariamente un ampliamento degli asili. Ora, è un manicomio dentro alle mura di una città, e tutto circondato di fabbricati o comunque impossibilitato ad espandersi in estensione territoriale, si può dire forse che dal punto di vista economico-amministrativo sia più opportuno un sistema di espedienti, di accomodamenti, di aspettazione, piuttostochè intraprendere la fabbricazione di un manicomio nuovo, rispondente ai dettami della scienza psichiatrica non meno che a quelli della scienza amministrativa? Si è spesso parlato di un dissidio che quasi necessariamente deve esistere fra le esigenze economiche di una amministrazione e le esigenze umanitarie della medicina psichiatrica: non si è abbastanza pensato alla possibilità che la scienza

medica si trovi di fronte all'ignoranza economica, o l'inverso, o che semplicemente l'ignoranza psichiatrica si trovi di fronte all'ignoranza economica. È scienza quella che sa prevedere, e che provvede non già al momento fuggevole, ma per il tempo più lungo possibile. Se è dimostrato che inevitabilmente il numero dei pazzi da mantenersi aumenta ogni anno (1), così i problemi tecnici e scientifici, come quelli economici, che a questo fatto vanno uniti, in quale dei momenti della pratica manicomiale troveranno essi una via alla loro soluzione? Mezzi puerili contro l'affollamento sarebbero il rendere molto difficili le ammissioni dei malati, o facilitarne troppo le dimissioni. Se i pazzi ci sono, è oramai necessità sociale che essi vengano rinchiusi: i dimessi precocemente costituiscono in primo luogo un pericolo, e in ogni caso ritornano ben presto al manicomio. Più razionale sarebbe risalire alle cause della pazzia e combatterle diminuendole; oppure potere reagire contro l'azione morbosa e produrre un maggiore numero di guarigioni. Ma le cause, anche quando sono note, il che succede assai di rado, sono enormemente complicate e quasi sempre non raggiungibili; quanto alle guarigioni, tutti i progressi della medicina non ci danno molto affidamento sul loro aumento. Dunque nulla è da sperare di ottenere per queste vie: nessuna di esse è oggi ancora in grado di porgere mezzi pratici adeguati a vincere quelle difficoltà a cui i medici e gli amministratori di manicomio ogni giorno di più si trovano di fronte. Non rimane pertanto altra via aperta alla soluzione di tanto problema all'infuori delle riforme nell'organizzazione interna dei manicomi. Queste riforme s'impongono. E non si dica che tali riforme sono da noi impossibili a cagione della nostra miseria. Ciò che alcune provincie italiane hanno speso e spendono per l'erezione e per il mantenimento dei loro manicomi, rappresenta capitali che non sono punto inferiori a quelli, che allo stesso scopo, ma con molto miglior frutto si spendono in paesi stranieri; il che dimostra che non è poi tutto da attribuirsi alle tristi condizioni economiche del paese nostro, il rimanere indietro ed in basso che noi facciamo nelle istituzioni civili.

(6) Ar. Lentz, Des causes de l'encombrement toujours croissant des asiles d'aliénés. Gand 1871. - Finzi, i pazzi nel manicomio di Ferrara dal 1871 al 1896. Ferrara 1897. Pag. 16.

Quali siano le riforme, che l'esperienza dimostra più convenienti da darsi all'organismo manicomiale, e come nei singoli casi si possano risolvere le questioni della colonizzazione dei pazzi, del *no restraint*, tutti questi e gli altri problemi, che noi più o meno sfuggevolmente abbiamo sfiorato, non possono essere che trattati analiticamente ad uno ad uno. Per ora noi ci contentiamo di avere messo in vista come i criteri economici dell'amministrazione provinciale della Sassonia prussiana si trovino in perfetto accordo con le esigenze della psichiatria moderna, tanto per ciò che riguarda manicomi vecchi, quanto rispetto a manicomi nuovi; e come il quadro in apparenza utopistico del Dottor Paetz si trovi perfettamente realizzato nel manicomio di Alt-Scherbitz.

Firenze, Aprile 1899

Le guardie notturne nei Manicomi.

per il Dott. **Jacopo Finzi.**

Siccome in qualunque Manicomio esiste sempre un certo numero di malati, numero che può variare dal 10, al 400¹⁰ dell'intera popolazione manicomiale, i quali richiedono, o per lo stato di agitazione, o per la tendenza al suicidio, o per condizioni fisiche gravi, una sorveglianza non interrotta da parte del personale responsabile, così durante la notte occorre un certo numero di guardie che osservino e controllino di continuo il contegno di tali malati.

In quasi tutti i Manicomi del mondo tale sistema di guardie è così organizzato, che in un dato comparto due persone si dividono la sorveglianza notturna, una dall'andata a letto dei malati fino alla mezza notte o al tocco, e l'altra dalla mezza notte o dal tocco fino all'alzata. E ciò fanno per turno; in modo, che ogni prima e ogni seconda mezza nottata torna dopo un determinato ciclo di giorni, 3, 4, a seconda del numero complessivo di infermieri e del numero di guardie notturne: nella stessa maniera che

torna dopo un egual ciclo di giorni qualsiasi genere di servizio a cui ogni infermiere viene adibito, e parimenti la giornata di libertà.

Gl'inconvenienti a cui un tale sistema dà luogo sono parecchi, e non vi può essere medico alienista che nell'esercizio della sua pratica manicomiale non se ne sia avveduto.

Innanzitutto è semplicemente inumano l'esigere da una persona che ha lavorato 12, 14 ore nella giornata un servizio, se non sovente faticoso, certo sempre di grande responsabilità per altre 4, 5 ore; o esigere un lavoro ordinato e attento di 12, 14 ore del giorno dopo che questa persona ha dovuto rimanere occupata ed attenta dalla mezza notte in poi. Anche non facendo questione di umanità, il servizio che la persona compie nel giorno che segue ad una guardia notturna, specie quella della seconda metà della notte, non può essere quel servizio preciso, richiedente una tensione d'animo costante, come è quello di un infermiere di Manicomio. Una persona che si è alzata a mezzanotte, che cioè dopo 12, 14 ore di lavoro non ne ha dormito che 4, non è in grado di prestare con sufficiente energia, prontezza e nello stesso tempo con la dovuta calma e serenità il servizio richiesto per altre 18 20 ore.

Un altro inconveniente del sistema usuale delle guardie notturne è quello per cui ad un servizio difficile, di grande responsabilità vengono adibiti tutti gli infermieri, anche i più nuovi, anche i meno sicuri. Anzi una tale guardia essendo (e non a torto) considerata come una fatica, come un sopraccarico di lavoro, è un premio quasi, o un privilegio degli infermieri anziani e migliori il non farla più. Ora dovrebbe essere precisamente il contrario. Solo il personale più disciplinato e che offre le maggiori garanzie non solo per il suo carattere morale, ma anche per la sua già provata esperienza nella cura e custodia degli alienati, dovrebbe avere l'incarico delle guardie notturne. In quelle ore si può dire che tutto dipende dall'oculatezza della guardia: ora io rammento persone nuove in servizio che avevano paura dei malati, che al più piccolo incidente si trovavano perdute; altre, non nuove, ma con così scarso sentimento del dovere, anzi così ignorare del proprio dovere da non meritare la minima fiducia, eppure fare le guardie notturne, sempre con grande apprensione dei soprastanti ispettori e medici. In alcuni Manicomî *moderni*

c'è al posto dove deve stare ciascun infermiere di notte, un bottone elettrico che, premuto, chiude un circuito. Un orologio elettrico si trova nell'ufficio del Direttore. Dietro e in corrispondenza del quadrante di quest'orologio si possono disporre analoghi quadranti di carta. Una lancetta piegata ad angolo e ben puntuta, perfettamente simile per la posizione e per il movimento alla lancetta delle ore, si muove al momento della chiusura di un circuito secondario in modo che un quadrante di carta resta bucatto. Questo circuito secondario corrisponde al bottone mentovato. Ogni quarto d'ora l'infermiere di guardia ha l'obbligo di premere il suo bottone, e la dimane il Direttore può controllare sui suoi quadranti di carta i corrispondenti fori: così egli sa che almeno ogni quindici minuti l'attenzione della guardia era desta. Il sistema è ingegnoso e indiscutibilmente moderno, ma che esso valga anche solo a diminuire l'inconveniente delle guardie poco pratiche e poco valenti, non ci pare affatto.

Altro inconveniente: le guardie sono due: ora è mai capitato al lettore alienista che, essendo nella notte successo un incidente qualunque, nessuna delle due guardie sappia nulla? Dice la prima: quando ho fatto la consegna non era ancora successo nulla. Dice la seconda: quando ho preso io la guardia ciò era già avvenuto. 1.^a conclusione: la consegna non fu fatta o fu fatta male; 2.^a: non si può sapere come nè quando successe l'incidente; 3.^a: Una o tutte due le guardie non meritano fiducia. 4.^a: Una o tutte due le guardie erano troppo stanche e assounate. E cito un esempio solo, sebbene molti se ne possano portare contro la divisione della guardia notturna fra due guardie successive.

Un ulteriore inconveniente dell'usuale sistema delle guardie notturne consiste nel fatto, più manifesto in un Manicomio grande che in uno piccolo, che le guardie, provenendo dai più diversi e lontani padiglioni, dove hanno servizio più abituale, non conoscono affatto i malati o ne conoscono solo alcuni, e solo per una mezza nottata ogni 3, 4 giorni è di guardia un infermiere che, per avere egli abituale servizio in quella medesima sezione, conosce tutti i malati.

Un quinto e non piccolo inconveniente sarebbe questo. In un comparto d'osservazione, di circa 30 posti, ci sono sei infermieri. A un certo momento si decide di raddoppiare la guardia notturna

na; invece di mettere un infermiere dalle 8 alle 12 e uno dalle 12 alle 6, se ne mettono due dalle 8 alle 12 e due dalle 12 alle 6. Conseguenza ne è che per avere l'identico servizio, con l'aumentare di uno la guardia notturna, si è dovuto aumentare di due il numero degli infermieri di quel comparto, portarlo cioè a otto. Con lo stesso rapporto si è dovuto aumentare il numero degli infermieri nella sezione agitati, e, in genere, non sarà difficile concepire, come, volendo mantenere tutto il resto uguale, ogni guardia notturna aumentata, porta un aumento di due nel numero complessivo degli infermieri, perchè con l'attuale sistema sono due nuove persone che si dividono successivamente la nottata per turno ogni tanti determinati giorni.

Questo a prima vista può parere un inconveniente di poco valore: però se ci fosse un sistema che richiedesse ad ogni aumento di *una* guardia notturna solo l'aumento di *un* infermiere, questo sarebbe da preferirsi.

Nessun nuovo sistema applicato ad un tratto può ovviare a tutti gl'inconvenienti di un sistema vecchio. Lasciando per ora da parte il modo di sostituzione più o meno immediata, è già stato proposto, e con esito molto incoraggiante messo in esecuzione un sistema di guardie notturne, che almeno ai cinque ricordati inconvenienti pone riparo in modo perfetto, senza aggiungerne nessuno di proprio: il sistema è quello della guardia notturna intera per una persona, addetta esclusivamente a tale guardia.

Il sistema è partito dall'Inghilterra dove a ciò sono adibiti solo infermieri anziani: da circa due anni è stato applicato nei grandi Manicomî cittadini di Francoforte s/M. e di Dresda; ed io ho udito i rispettivi Direttori Sioli e Ganser lodarsene moltissimo. Da alcuni mesi si è introdotto nella Clinica di Heidelberg con ottimi risultati.

La guardia entra in servizio alle 20, prende in consegna la sezione: sta tutta notte a sorveglianza del comparto destinatole, ha modo di fare uno, o due pasti abbondanti e alle 6 cede il servizio alle guardie diurne. Ad essa è destinata una camera in luogo tranquillo, dove può dormire dalle 6 $\frac{1}{2}$ alle 15. Poi è libera di uscire fino alle 19, un ora prima cioè del momento in cui prenderà il servizio notturno. Mentre delle ore del giorno essa può disporre come meglio le aggrada, quest'ultima condizione non si

può mutare, giacchè si giudica necessaria un' ora di osservazione per essere sicuri di affidare la guardia a persona che durante l' uscita non abbia abusato di sè, bevuto troppo ecc.

Solo certi infermieri, i più provetti, sono incaricati di questa guardia. A Francoforte fino ad ora si è seguito il sistema di cambiarli ogni quattro settimane, per non costringere più lungamente una persona a questa vita speciale. Ora il Sioli racconta che spesso succede che tali guardie domandano per favore di essere lasciate in quel medesimo servizio. La paga è identica a quella delle guardie diurne. Quanto agli altri infermieri, essi sono naturalmente contentissimi di non avere ogni 2 o tre giorni servizio diurno e notturno, cioè 18 o 20 ore di lavoro continuo. Un tale sistema, che si potrebbe chiamare della guardia notturna unica, intera, in opposizione al sistema della guardia notturna doppia, divisa, presenta adunque i seguenti vantaggi.

Gl' infermieri faticano meno e possono prestare un servizio più preciso e più sicuro. Così materialmente come moralmente si può esigere da loro qualche cosa di più.

La guardia notturna diventa una distinzione, solo quella parte del personale più temprata alla vita di manicomio essendovi adibita. Tutti gl' infermieri nuovi e quelli che non meritano molta fiducia ne sarebbero esclusi, e la responsabilità della guardia notturna sarebbe quindi affidata a persona che la merita. Di più questa responsabilità non sarebbe divisa fra due persone, e non potrebbero sorgere dubbi e contestazioni in caso di incidenti occorsi nella nottata, tanto più essendo la persona di guardia oltre che di fiducia, fresca di forze. La guardia, facendo il servizio notturno sempre in quella sezione, conosce i malati, i nuovi entrati in un giorno non potendo essere più di uno o due, e nuovi per tutti.

Infine, ogni volta che per aumentato numero di malati, per allargamento, o nuova erezione di edifici manicomiali si dovesse aumentare il numero delle guardie notturne, per mantenere l' identico servizio, bisogna aumentare il numero complessivo degli infermieri di una persona ogni nuova guardia notturna.

Le obiezioni a tale sistema, che potrebbero solo consistere nel genere di vita speciale a cui si costringono le guardie notturne e nel dubbio che durante il giorno invece di dormire e ri-

posare le guardie si strapazzino maggiormente, cadono non solo per gli argomenti teorici che facilmente si possono opporre, ma sopra tutto cadono di fronte all'esperienza, che per quanto ancora non molto grande e su larga scala raccolta, si mostra favorevolissima al sistema.

Un'obiezione più seria si può opporre, avuto riguardo al modo con cui il sistema nuovo deve venire sostituito all'antico. Volendo ad un tratto sostituire le guardie speciali notturne, bisognerebbe, se il servizio in tutto il resto debba rimanere immutato, aumentare di tanto il numero degli infermieri quanto è quello delle guardie notturne. Infatti supponiamo una sezione uomini di 150 malati, in cui ci siano 14 infermieri, due dei quali perchè capi-sezione non fanno guardie di notte. Supponiamo che in tale divisione siano necessarie due guardie notturne, e che nel supposto manicomio gl'infermieri abbiano una giornata libera ogni sei. Il ciclo di servizio si compie in sei giorni: ogni giorno sono liberi due infermieri (quelli ad es. che hanno fatto guardia la sera prima fino a mezzanotte). Ugualmente ogni sei giorni escono anche quei due infermieri che non fanno guardia. Ne viene che presenti al servizio diurno, sono su sei giorni, quattro volte 12 infermieri e due giorni 11. Trasformare due di cotesti infermieri in guardie notturne costanti equivale a eliminarli perpetuamente dagli inservienti diurni, così che rimangono su sei giorni quattro volte 10 e due volte 9 infermieri in servizio di giorno.

Le soluzioni della difficoltà in cui in tal caso il medico direttore si trova, possono ridursi a quattro possibili.

1) O si aumenta realmente il numero degli infermieri nel rapporto preciso dal calcolo, il che per certi Manicomî, dove il personale sta in ragione di 1 a 12, 15 malati sarebbe una necessità, affatto indipendentemente dalla questione delle guardie notturne.

2) O si crede possibile che il servizio possa procedere con un numero di infermieri alquanto minore, e non si aggiunge nulla. Il bisogno di personale è una cosa molto elastica: vanno ugualmente bene e ugualmente male, col *no restraint* e mezzi coercitivi semi-barbari, tanto in Manicomî con un infermiere per 6 malati quanto in Manicomî con un infermiere per 12 malati. Se si aggiunge che l'orario nuovo, molto più comodo ed umano, può permettere nelle diminuite ore di lavoro di esigere una attività

maggiore, anche questa seconda possibilità non deve essere del tutto trascurata.

3) O si comincia a far la prova in un solo comparto, e poi successivamente negli altri. Ciò varrebbe specie per i grandi Manicomî, dove possono essere necessarie da 8 a 12 guardie notturne per gli uomini e altrettante per le donne (essendo così necessarie per il servizio notturno da 32 a 48 persone). In tal modo si potrebbe anche sostituire a poco a poco la forma di guardie antica alla nuova, e rispettivamente si dovrebbe poi o aumentare il numero complessivo degli infermieri oppure fare con un numero minore.

4) Finalmente si può aspettare che venga il bisogno di aumentare una guardia notturna, e si aumenta nel senso voluto dal sistema nuovo della guardia unica intera.

CRONACA

Pastificio. Nel maggio u. s., nel nostro Manicomio e negli stessi locali del forno, è stato impiantata una fabbrica di pasta. La forza motrice viene data dallo stesso motore a gas che serve anche per la confezione del pane, e il torchio è della fabbrica Fravega di Milano.

Il pastificio già funziona regolarmente con risultati eccellenti. E di tutto va data lode speciale all'egregio Consigliere Delegato Conte Roberto Giglioli che nulla lascia di intentato per il miglioramento igienico, morale ed economico dell'Istituto.

Ignoto Benefattore. Un ignoto benefattore ha fatto pervenire alla Direzione del Manicomio L. 30, con piena facoltà di erogarle nel modo migliore a vantaggio del personale o dei malati. E il Direttore ha assegnato L. 15 alla Cassa infermieri, L. 10 alla Società di Patronato e L. 5 alla Cassa malati.

Società di Patronato per i pazzi poveri dimessi dal Manicomio.

Somma precedente	L. 1310. 05
Provenienza malati	31. 64
Ignoto benefattore	10. —

Totale . L. 1351. 69

NOTIZIE

X Congresso della Società Freniatria Italiana. Avrà luogo in Napoli dal 10 al 14 Ottobre p. v. I soci sono pregati perchè vogliano colla loro presenza contribuire alla migliore riuscita del Congresso, inviando in pari tempo al Presidente della Società, non oltre il 1 Settembre, i titoli delle comunicazioni e adempiendo al prescritto dell'art. 12 dello Statuto, per ciò che riguarda il pagamento delle quote annue sociali, al Segretario-Tesoriere della Società medesima al fine di ricevere la Tessera d' ammissione e la Carta di riconoscimento pel ribasso sui prezzi delle ferrovie e piroscafi del Regno. Delle comunicazioni deve essere mandato il sunto, non oltre il 1 Ottobre, alla Presidenza.

Istituto Medico-Pedagogico per Frenastenici. Il giorno 2 Luglio u. s. in S. Giovanni in Persiceto (Bologna) ebbe luogo (e noi avemmo la soddisfazione di potervi assistere) l'inaugurazione dell'Istituto Medico-Pedagogico per Frenastenici (di cui è proprietario il Sig. Socrate Gardini).

Detto Istituto, posto nel centro della Regione Emiliana, in posizione amenissima, corredato di tutto quanto può desiderarsi anche dal punto di vista scientifico, corrisponde completamente allo scopo per il quale è stato impiantato. L'ottima scelta poi dei componenti la Direzione medica, disciplinare e didattica e l'essere l'Istituto sotto il patrocinio del Comitato Emiliano per la protezione dei fanciulli deficienti danno assoluta garanzia del suo perfetto funzionamento e lo rendono meritevole di ogni fiducia presso le Famiglie e gli Enti morali che saranno per affidare al medesimo la cura e l'educazione dei frenastenici.

NECROLOGIE

Nel Giugno u. s. morì a Milano Serafino Biffi, uno degli alienisti al cui nome rimarrà sempre legata la storia della Psichiatria italiana. Da

giovane, quando era assistente del grande Panizza, fu uno dei primi a portare l'esperimento nel campo della scienza nevrológica; poscia, insieme ad Andrea Verga, fondò e diresse con intelligenza e rara attività l' *Archivio per le malattie nerrose e mentali*, che fu il primo periodico di psichiatria pubblicato in Italia e la migliore palestra nella quale per molti anni scesero a tenzone i più valenti campioni della nostra specialità.

Ma il Biffi, dotato di molto cuore e di eccellenti qualità morali, esercitò anche una particolare, benetica influenza sull'indirizzo dei manicomi italiani e sulla coesione della nostra famiglia alienistica, alla quale dedicò sempre molta parte dei suoi affetti e ha voluto anche in morte lasciare un generoso ricordo.

All' illustre alienista, all' uomo integerrimo e benefattore il nostro riverente estremo saluto.

Il 9 corrente è morto repentinamente a Napoli Francesco Vizioli, professore ordinario di Neuropatologia ed Elettroterapia in quella Università e direttore, in unione al Prof. Bianchi, degli *Annali di Neurologia*.

Il Prof. Vizioli, per molti anni il più noto e il più autorevole fra gli elettroterapisti e i neurologi d'Italia, scrisse magistralmente sopra parecchi argomenti di neuropatologia e particolarmente sulla paralisi pseudo-ipertrofica e sulla distinzione delle forme spastiche dalle forme atroliche della paralisi infantile, da lui per primo intraveduta. Egli era poi noto anche come fisiologo, specie per la polemica con il Lussana e con lo Schiff sui nervi del gusto.

K. L. Kahlbaum è morto a Görlitz il 15 Aprile. Era nato il 28 Dicembre 1828. Cominciò la sua vita manicomiale nel 1856. Nel 1863 pubblicò il suo lavoro fondamentale « *Gruppierung der psychischen Krankheiten* ». Giunto in un tempo in cui la psichiatria tedesca non era altro che una povera sintomatologia e trovavano favore delle formole come questa del Neumann: « C'è una sola forma di disordine mentale che noi chiamiamo la frenosi », Egli, come ha ricordato il suo maggiore amico commemorandolo nella *Psychiatrische Wochenschrift*, si sforzava di dimostrare che a canto alla Paralisi progressiva ci sono altre vere e proprie malattie le quali, nel loro speciale decorso, fatto di stadi o sindromi succedentisi, si distinguono ognuna per sintomi così caratteristici, che in ciascuno di questi stadi si può fare la diagnosi e con essa stabilire un giudizio prognostico dell'ulteriore decorso della malattia.

Tutti sanno che la Ebefrenia, la Catatonía, l'Eboidofrenia sono creazioni sue. Eterni giochi della sorte! l'uomo, al quale la Psichiatria deve un indirizzo pratico fecondo e le più salde conquiste cliniche ch'essa ha fatte nel secolo dopo quella di Bayle, è vissuto nell'ombra, lontano dalla cattedra;

le sue concezioni, rimaste lungamente dimenticate, si ricordano nei libri quasi solo per negarle, e sono pochissimi i giornali della specialità che, annunciandone laconicamente la morte, ricordino che è il fondatore della Psichiatria clinica che si è estinto con lui. Il suo pensiero, che già rivive nell'opera di Emilio Kraepelin, guiderà la Psichiatria nella sua ascensione immancabile.

[REDACTED]

Direttore -- R. TAMBRONI.

Collaboratori -- CAPPELLETTI - VEDRANI - LAMBRANZI.

Epilogo del movimento dei malati nell'anno 1898

	Esistenti al 31 Dic. 1897	Ammessi nel 1898	TOTALE	USCITI			MORTI			Totale usciti e morti nel 1898	Rimasti al 31 Dic. 1898	Giornate di presenza del 1898
				degli esistenti	degli ammessi	TOTALE	degli esistenti	degli ammessi	TOTALE			
Uomini	182	153	335	38	61	99	14	21	35	134	201	71121
Donne	189	117	306	18	49	67	23	16	39	106	200	71716
	371	270	641	56	110	166	37	37	74	240	401	142837

Media giornaliera dei malati nel 1898 . N. 391.334

Proporzione degli usciti sugli ammessi . 61.48 %

» dei morti sul totale . . . 11.54 %

Movimento dei malati nel mese di Gennaio 1899

Appart.	Prov. di Ferrara altre Provincie	USCITI															
		Esistenti		Entrati		USCITI								Morti		Rimasti	
						guariti	mighor.	non mi- giorati	per non ver. pazz.								
U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D	U	D		
		177	186	9	8	4	3	3	1		2	1		2	4	177	183
		24	14	3	1			1	1							26	14
		201	200	12	9	4	3	4	2		2	1		2	4	203	197

Movimento dei malati nel mese di Febbraio 1899

Appart.	Prov. di Ferrara	177	183	13	6	2	1	2	1			2		2	2	184	182
	altre Provincie	26	14	1		1								1		25	14
		203	197	14	6	3	1	2	1			2		3	2	209	196

Movimento dei malati nel mese di Marzo 1899

Appart.	Prov. di Ferrara	184	182	8	7			3						3	5	186	184
	altre Provincie	25	14		1			1								24	15
		209	196	8	8			4						3	5	210	199

Movimento dei malati nel mese di Aprile 1899

Appart.	Prov. di Ferrara	186	184	19	14	6	4	3	6					5	7	191	181
	altre Provincie	24	15	2	2				1							26	16
		210	199	21	16	6	4	3	7					5	7	217	197

Movimento dei malati nel Mese di Maggio 1899

Appart.	Prov. di Ferrara	191	181	19	18	2	3	6	3					3	4	199	189
	altre Provincie	26	16	1	1				2					2		25	15
		217	197	20	19	2	3	6	5					5	4	224	204

Movimento dei malati nel Mese di Giugno 1899

Appart.	Prov. di Ferrara	199	189	16	15	4	5	3	1	1				5	2	202	196
	altre Provincie	25	15	1						1						25	15
		224	204	17	15	4	5	3	1	2				5	2	227	211

Anno XXVII

Fasc. III

BOLLETTINO
DEL
MANICOMIO PROVINCIALE DI FERRARA



FERRARA
Tipografia dell' Eridano
1899

Un caso di isterismo criminale.

Perizia del Dott. R. Tambroni

Motivo della Perizia

Sulla metà del mese di Gennaio 1898 la tranquilla Ferrara era tutta sossopra e commossa per un ignoto, irreperibile aggressore, che di notte, nel bel mezzo della città, in vie pur molto frequentate, assestava, improvvisamente, a pacifici cittadini poderose bastonate sul capo. Alcuni lo dipingevano basso, bruno, tarchiato, altri invece alto, snello, gracile: la fantasia popolare si sbizzarriva a descriverlo nei più diversi modi. Un segno solo era da tutti dato come caratteristico: il cappello a cencio, nero, calato su gli occhi, un largo mantello scuro avvolto intorno alla persona, che, risalendo sul viso, ne rendeva invisibili i lineamenti. L'uomo dal cappello nero, dal largo mantello avvolto era l'incubo, lo spavento generale e teneva sospesi e agitati gli animi dei cittadini, i quali dopo l'avvenimento erano titubanti ad uscire di casa nel timore di incappare in qualche suo brutto tiro.

La polizia indagava, cercava, interrogava, ma indarno. Quando finalmente *l'uomo terribile* cadde ingenuamente nella rete: la sera del 26 infatti, pochi momenti prima che commettesse una delle sue gesta più importanti, si fece scorgere da tre donne che passavano tranquillamente per una via principale della città, parlò loro, mostrò loro il coltello, le minacciò e si scoperse in tal guisa, da render facile il determinare chi fosse. E la mattina appresso fu arrestato nel negozio da barbiere, dove egli, come di consueto, nei giorni precedenti, erasi sempre tranquillamente recato a lavorare.

Sottratto a stento all'ira popolare, l'uomo *non più misterioso* (certo G. B.) fu rinchiuso in carcere, dove subito, ai primi interrogatori giudiziari, si appalesò chiaramente non equilibrato nella psiche, specialmente per una certa incoerenza nelle risposte e per la manifestazione di idee deliranti persecutive. Mentre il Sig. Giudice Istruttore e la Procura del Re del Tribunale di Ferrara

si preparavano già a mandare il B. in osservazione al Manicomio e sottoporlo a perizia medica, egli cadde in uno stato di delirio violento, per il quale fu necessario affrettare il suo invio a questo Manicomio, dove entrò la sera del giorno 1 Febbraio.

Il giorno 12 dello stesso mese il Sig. Giudice Istruttore Avv. Tassi dava a me sottoscritto formale incarico di redigere una perizia medica sullo stato di mente del B., stabilendomi i seguenti quesiti:

1.º) Il B., nei giorni 16 e 26 Gennaio 1898, era in tale stato di infermità di mente da togliergli la coscienza e la libertà dei propri atti?

2.º) Tale stato di mente invece era tale, da scemare grandemente la sua imputabilità, senza escluderla?

3.º) Il B. è un individuo pericoloso, e può stimarsi pericolosa la sua liberazione?

Il Sig. Giudice Istruttore mise a mia disposizione tutto l'incarto processuale, dall'esame del quale nonchè dall'osservazione attenta ed accurata del B. ho tratto gli elementi per il mio studio e per il mio giudizio, di cui vado ad esporre i risultati.

Anamnesi remota

G. B. di Luigi e della fu Maria B. è nato e domiciliato a Ferrara. Ha 23 anni, è celibe e fa il barbiere.

La madre, morta a 49 anni di tisi polmonare, fu neuropatica. Quasi ogni mese infatti si mostrava per 5 o 6 giorni di seguito confusa, estremamente irritabile, irrequieta; sembrava (così dice il marito) una donna diversa da quella di prima. Spesso soffriva di forti dolori al capo. Una volta cadde improvvisamente al suolo, pallidissima, senza coscienza. Non si sa se prima o dopo abbia avuto altri accessi somiglianti. Il padre ha 58 anni; soffre di cefalea e di vertigini accessuali, specie allorquando ha dispiaceri. Non ha avuto altre malattie e non è alcoolista. Il B. ha avuto 12 fratelli: quattro di essi sono morti adulti, due vivono ancora e gli altri sono morti in tenera età; una sorella di 29 anni cessò di vivere per tubercolosi; un fratello a 18 anni perdette la vista e da quel tempo fino alla morte, avvenuta quattro anni dopo, è rimasto sempre a letto, piangendo giorno e notte, soprattutto nella notte.

Il nostro G. pare non sia nato a termine. Da piccolo lo dicevano rachitico: il fatto si è che il suo sviluppo è stato lento e tardo. Mentre era latente ebbe qualche febbre e molta diarrea. Fino all'età di circa 10 anni ha

sofferto di enuresi notturna. Verso i 15 anni quelli della famiglia si accorsero che di notte, a letto, spesso si metteva a piangere lamentandosi come persona afflitta da grave dolore. Richiesto perchè piangesse, o non dava risposta o rispondeva che « *non supera di piangere* ». Dopo i 17 anni quattro o cinque volte, a distanze differenti di tempo (circa sei mesi), è accaduto al padre di vederlo alzarsi di notte in camicia, discendere le scale, aprire la porta di casa e fermarsi sul limitare. — Ma che cosa fai? gli domandava il padre. Egli rispondeva: « *Ora vo a letto* »; e poi andava a letto. A letto faceva qualche lamento o si agitava un poco, come uno che sognasse, poi dormiva. Al mattino non serbava ricordo alcuno di questi accessi notturni. Ha sofferto frequenti volte, e soffre tuttora, di cefalee. Fino a circa venti giorni prima di essere arrestato accusò un dolore spontaneo nella regione lombare.

Il B. fu sempre di indole buona e mite, di carattere gioviale, facile allo scherzo. Fino a 10 o 11 anni è andato a scuola con sufficiente profitto; in seguito fu messo a lavorare da barbiere.

L'ultimo suo padrone di bottega, l' A. G., che lo ha avuto con sè per due anni, ha deposto di aver trovato il B. sempre galantuomo e di averlo tenuto anche a mangiare e dormire presso di sè; ha soggiunto che non era alcoolista nè troppo propenso alle donne, che era amato dagli avventori, che non presentava alcuna cosa di anormale, tranne qualche stranezza di cui non faceva gran conto: p. es. che, mentre serviva un cliente, interrompeva d'un tratto il servizio per andare a lavarsi il viso.

Altre persone, meritevoli di fede, da me interrogate allo scopo di rendere più chiara la storia del B., hanno confermato le sopraesposte informazioni.

Sembra dunque accertato che il B. fosse un buon giovinotto e che tale si mantenesse, malgrado l'ambiente poco propizio in cui, per la sua condizione sociale, doveva necessariamente vivere, ambiente, nel quale, come recenti fatti dimostrarono, fiorisce rigogliosa la violenza. E così tranquillo e sereno si mantenne fino a questi ultimi tempi.

Anamnesi prossima

In sul finire di Dicembre 1897 e nel principio dell'anno 1898 accadde nel Sobborgo di S. Giorgio alcune risse e ferimenti che sollevarono ovunque molto rumore e sgomento. Nell'animo del B. poi, che fu anche spettatore di una di dette risse, pare che suscitassero una profonda impressione. Fatto è che egli, pur non lasciando scorgere a chi lo avvicinava mutamenti speciali nel carattere, commise, pochi giorni dopo i sopramenzionati avvenimenti, una serie di reati molto strani, molto in contrasto certamente con la sua natura mite, pacifica, punto aggressiva e che ora noi esporremo.

(1.º reato) La sera del 16 Gennaio, alle ore 20. 15, passava per via Pale-

stro un vecchio di anni 68, certo E. F. Sentendo egli rumore di passi dietro di sè, si fermò e si volse. Fu allora raggiunto dal B. che arrogantemente gli domandò perchè lo guardasse, ingiungendogli di tirare di lungo. Al che, avendo il vecchio risposto che, essendo la strada pubblica, egli poteva fermarsi a suo agio, il B. lo colpì di una bastonata al capo, dalla quale risultò una ferita lacera alla regione temporo-frontale sinistra con frattura del cranio, che andò a guarigione in giorni ventuno.

(2.^o reato) Nella sera stessa del 16 Gennaio alle 11.15 un certo D. A., reduce da una bettola e mezzo brillo, passava per via Bellaria. A un tratto fu avvicinato dal B. che, dopo avergli detto poche parole, non precisate nè dal ferito nè dai testi, lo cominciò a colpire ripetutamente col bastone. L'agredito cadde a terra lamentandosi e gridando: « ma perchè mi fate così? Oh Dio! mi avete rovinato, mi avete assassinato ». Ma il feritore menò altri colpi ancora, poi si ravvolse nel mantello e scappò con passo frettoloso, *sbuffando ed emettendo dalla bocca un rumore che pareva un grugnito*. Nel D. furono rinvenute poi all'Arcispedale ferite multiple al capo con frattura del cranio.

(3.^o reato) Dieci giorni dopo, verso le ore 16.30, tre ragazze, percorrendo via XX Settembre, parlavano fra loro dell'ignoto aggressore notturno e, mentre dicevano che era stato rinchiuso nel Manicomio, si videro tagliata la strada dal B. Questi, avendo udito le loro parole, mostrò il coltello, esclamando: *no, non sono al Manicomio, e questa sera ho questo qui* (il coltello) *non il bastone*. Malgrado la paura, esse videro bene il B., giacchè questi per nulla aveva curato di celarsi col mantello il viso. E, mentre fuggivano, lo videro, a pochi passi da loro, investire un povero vecchio cieco, che tranquillamente camminava per la via, e menargli parecchi colpi di coltello. Il malcapitato vecchio, certo O. P., riportò sei ferite (alla testa, al dorso, all'avambraccio ecc.), di cui nessuna veramente grave. Queste ferite invero, dopo 7 giorni, guarirono tutte.

La esposizione delle tre ragazze e i connotati da esse forniti fecero chiaramente comprendere chi fosse il feritore; difatti la mattina appresso il B. alle 8 fu arrestato. All'atto dell'arresto egli non oppose resistenza alcuna, negò di avere ferito l'O. e rispose in maniera incerta ed evasiva sul modo come aveva passato la sera antecedente. Ma, appena in carcere, confessò di essere l'autore del ferimento e delle due aggressioni a colpi di bastone, avvenute la sera del 16.

Nella sera del 26 alle ore 21.45 un tal M. A., passando per via Saraceno, fu a un certo punto avvicinato da tre individui, di cui uno, dopo avergli spontaneamente domandato lo zigaro che fumava, gli vibrò una grossa bastonata al capo, attutita fortunatamente dal cappello duro. Il modo come si svolse il fatto (in compagnia, la sera stessa del ferimento dell'O.), le negative assolute opposte sempre dal B. fanno credere che non ad esso debba essere attribuita questa aggressione.

Contegno in Carcere

Nei primi giorni di degenza in Carcere il B. si mantenne quieto, tranquillo. Aveva una certa confusione di mente, che si traduceva nella poca coerenza dei suoi discorsi, qualche idea delirante a tinte persecutive, ma del resto null'altro.

Il giorno 28 Gennaio subì un interrogatorio, che é interessantissimo per il modo come narrò le sue aggressioni e per le cause determinanti che ad esse attribuì. Rispetto alla prima aggressione, il B. disse che, passando per via Palestro, notò un individuo che lo guardava, che lo seguì malgrado lo avesse consigliato di tirar dritto per la sua strada, e che allora, preso da subitanea collera, gli menò un colpo di bastone (in Caserma, in via XX Settembre, aveva detto che il sopra nominato individuo, vale a dire il F. E., lo aveva urtato in una spalla e gli voleva prendere il fazzoletto). Aggiunse poi che in quella sera « *gli faceva male la testa* » ; che, se fosse stato accompagnato, lo avrebbero trattenuto, perchè egli stesso, *quando sta bene, ha il tempo di riflettere e di trattenersi*, che ha fatto sempre il suo dovere e che *solamente si mostrava un pò nervoso*.

Quanto alla seconda aggressione egli rispose che il D. gli impediva il passo camminando a ondate come un ubbriaco, che teneva con una mano la rivoltella e con l'altra una forchetta (in Caserma asserì, subito dopo l'arresto, che aveva una forca e che, dopo avergli fatto il gambetto, lo rincorse) e che, avendo ad una sua domanda per aver libero il passo ricevuto una cattiva risposta, gli diede una bastonata *perché offeso*, e poi una seconda perchè gli parve che contro di lui rivolgesse la rivoltella.

Sul ferimento dell'O. poche cose rispose. Disse che ricordava d'aver fatto del male ad un vecchio col coltello perchè gli era venuto sopra un piede ed aveva alzato il bastone, ma soggiunse che non sapeva che era cieco e che non rammentava punto l'incontro con le tre ragazze e le parole ad esse rivolte. Finì poi col dire che egli va a passeggio solo perchè *i compagni gli vogliono male e non ricambiano il suo saluto*. Sollecitato poi a dire chi fossero quei compagni, egli rispose: *sono tutti*.

Mentre nei primi 5 giorni di sua degenza nelle carceri di S. Paolo il B. aveva presentato un pò di incoerenza nei discorsi e qualche idea delirante di persecuzione, il 1 di Febbraio cadde in uno stato tale di eccitazione con tendenza alla violenza, da rendere urgente la sua ammissione al Manicomio, dove fu condotto la sera stessa del 1 Febbraio.

Contegno nel Manicomio

Al suo ingresso nel Manicomio il B. emetteva delle grida e, non ostante che avesse la camicia di forza, si dibatteva e faceva tale resistenza che

agli infermieri non riuscì cosa facile tirarlo fuori dalla carrozza dove si trovava e introdurlo nella sezione assegnatagli, dove si mostrò fuori di sè per i discorsi strani che faceva e per la viva resistenza che oppose agli infermieri che gli applicarono i mezzi coercitivi.

In letto continuò per qualche pò di tempo a dibattersi e a fare discorsi strani e sconnessi, ma due ore dopo era già calmo e tranquillo e rispondeva in modo cortese ai Medici che si recarono più volte a visitarlo. Il mattino susseguente pure era quieto e abbastanza ordinato della mente. Si mostrava dolente di ciò che aveva fatto e, preoccupato del suo avvenire, piangeva. Alle domande che gli si rivolgevano rispondeva a tono, dicendo che i fatti da lui commessi dovevano ascriversi a perturbamento mentale, giacchè nessuna ragione aveva che lo muovesse a compiere quei strani reati contro persone a lui del tutto sconosciute. Asserì di non ricordare ciò che aveva compiuto, e a tal proposito così ha sempre risposto nei giorni seguenti. Solo ricordava che per un certo tempo gli sembrava che tutti lo guardassero di mal occhio e che per istrada si volgeva ogni tanto col capo, sospettoso di quelli che lo seguivano, trasalendo ogni qual volta che un passante lo raggiungeva e lo sfiorava, procedendo innanzi.

Il B. è andato sempre a poco a poco migliorando, ed essendosi dimostrato costantemente buono, rispettoso, disciplinato, è stato, per gradi, liberato dei mezzi coercitivi e finalmente passato alla sezione tranquilli.

Il B. ha assistito ai divertimenti e al ballo dati nello Stabilimento durante gli ultimi giorni di Carnevale, mantenendo un contegno correttissimo. Nella seconda festiciuola la musica, il caldo della sala lo eccitarono un pò: egli allora, nell'andare a letto, sentendosi poco sicuro di sè, pregò i medici di fargli applicare per la notte la camicia di forza. Così fu fatto. La mattina dipoi era quieto e sereno e tale si mantiene tuttora, all'infuori di qualche momento in cui mostrasi un pò preoccupato e convulso.

Esame obbiettivo

(fatto il giorno 14 Febbraio 1893 e seguenti)

Il B. è in letto in posizione supina; ha atteggiamento tranquillo e sereno. È di statura bassa, di aspetto piuttosto gracile, di colorito pallido, così nel viso come nella cute del rimanente del corpo. Le forme sono regolari, delicate; nella conformazione generale v'ha evidente euritmia. I capelli sono folti, neri, lisci, regolarmente impiantati; i baffi, pure neri, sono poco abbondanti, la barba scarsa e rada, specie nelle gote. Al pube e sotto le ascelle il sistema pilifero è poco sviluppato. Il tessuto adiposo sottocutaneo è scarso; il sistema muscolare poco rigoglioso, lo scheletro regolarmente sviluppato. Nulla di anormale si osserva nel *sistema glandolare*. - *Organi genitali* regolarmente conformati.

Il *capo* ha forma regolare e tipo brachicefalo. La fronte è abbastanza ampia, quadrata, corsa da poche rughe trasversali. Occhi grandi con sopracciglia folte, arcuate, riunite sulla radice del naso, con rima palpebrale ampia, ciglia lunghe, iride castana a colorito uniforme. Naso retto mesorrino. Bocca regolare con labbra mediocrementemente tumide, pallide, con denti ben conformati e bene impiantati, con volta palatina poco profonda. Orecchie ben conformate, impiantate in modo simmetrico.

L'esame *craniometrico* ha fornito i seguenti risultati:

Diametro antero posteriore		mm.	180
» bip. massimo		»	155
» bifr. minimo		»	110
Indice-cefalico		—	86,11
Curva antero-posteriore		mm.	310
» biauricolare		»	300
Somma delle 3 curve principali		»	1130
Altezza totale della faccia (comp. la fronte)		»	160
» della fronte		»	52
Diametro bizigmatico		»	120
» bigonion		»	100
Distanza dal m. uditivo est. al mento a destra		»	122
» » » a sinistra		»	120
Angolo facciale (dello Jacquart)		---	74.°

Il *torace* è bastantemente ampio, quadrato; a braccia addotte e abdotte la respirazione si svolge simmetricamente regolare, a tipo costo-addominale, con la frequenza di 18 escursioni al minuto.

La punta del cuore batte visibilmente un dito trasverso al di sotto e all'indietro del capezzolo della mammella. Alla palpazione nulla si avverte di anormale. L'arteria radiale si dilata con mediocre forza, con ritmo un po' irregolare, con discreta frequenza (90 volte al m.). Alla percussione si rileva sonorità perfettamente regolare in tutto l'ambito polmonare, o l'area cardiaca ha limiti fisiologici. Ascoltando, si avverte respirazione schiettamente vescicolare, toni cardiaci forti, netti in tutti i focolai.

L'*addome* ha forma esagonale e, nei sollevamenti che accompagnano l'abbassarsi inspiratorio del diaframma, si espande in modo simmetrico. Alla palpazione nulla si avverte di anormale. Con la percussione si desta ovunque un suono timpanitico a carattere normale, e si rinvencono i diversi visceri (fegato, stomaco, milza) in confini fisiologici. All'ascoltazione nulla pure si avverte di patologico.

La *temperatura* è normale.

Le *urine* sono qualitativamente e quantitativamente normali.

All'esame delle *funzioni estesiologiche di relazione* notasi una vivezza generale di tutte le sensibilità in ciascuna parte della superficie del corpo

(pelle o mucose). La sensibilità *tattile*, propriamente detta, è squisita ovunque. Così pure la sensibilità *dolorifica*, che però appare più vivace a destra. La sensibilità *barica* è anch'essa più vivace a destra, specie nella regione anteriore della coscia. La sensibilità *termica* è vivacissima ed uguale nelle due metà del corpo. Pronta abbastanza la sensibilità *igrica*. La sensibilità *elettrica*, saggiata con la slitta di Du Bois Reymond, non è tanto vivace come le altre, ma uguale nelle due metà. Il *senso muscolare* è fisiologico.

L'acuità *visiva* è notevole e molto più forte a destra ($V=0,9$ della scala tipogr. decim. sistema Monoyer) di quello che a sinistra ($V=0,4$). La percezione della luce anche intensa non provoca uggia o dolore. Il senso cromatico è normale. La visione indiretta è limitata, specie a sinistra, come può rilevarsi dalle figure del campo visivo nella tavola annessa. L'associazione funzionale degli occhi è perfetta.

La sensibilità *olfattiva* mostrasi più pronta e più vivace a destra.

Per ciò che riguarda la sensibilità *gustativa*, si nota che i diversi sapori (acido, dolce, salato, amaro) vengono percepiti più a destra che a sinistra e più alla base che alla punta e nelle parti laterali della lingua.

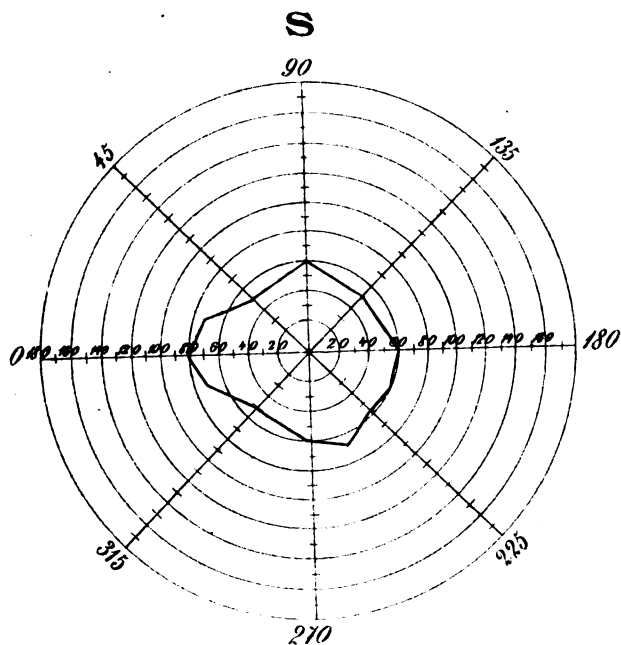
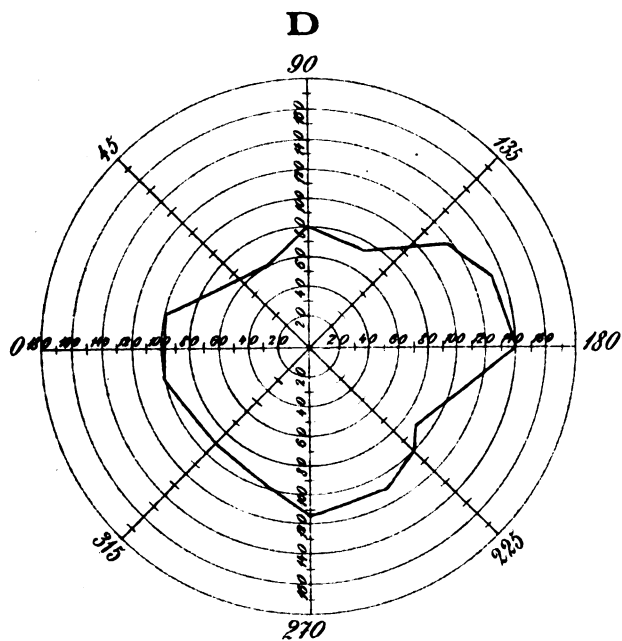
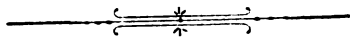
L'acutezza *uditiva*, saggiata col battito d'un orologio da tasca, è notevole: difatti il B. avverte il battito a destra alla distanza di due metri, a sinistra alla distanza di m. 1,73. Il senso dello spazio acustico è normale.

Per rispetto alle *funzioni cinesiodiche di relazione*, si osserva che la motilità volontaria è ovunque normale, come pure nulla di morboso rileva l'esame dei movimenti passivi. La reazione muscolare allo stimolo elettrico è normale e simmetrica.

La forza muscolare, misurata col dinamometro, risulta a destra di 130, a sinistra di 115. Il riflesso pupillare alla luce è pronto e uguale sì a destra che a sinistra: meno pronta è l'accomodazione, specie a destra. Al dolore le pupille reagiscono bene e simmetricamente. Esse sono uguali e di forma regolare. Il riflesso congiuntivale è poco vivo. Sono normali i riflessi delle mucose; quello faringeo appare piuttosto ottuso. I riflessi cutanei sono tutti vivacissimi; il solletico è diffuso a tutto il corpo ed esagerato. Di riflessi tendinei notasi molto vivace, tanto a destra che a sinistra, quello rotuleo; gli altri sono normali. Riflessi vescicale, anale, genitale fisiologici.

Esame psichico. — Il B. non ha illusioni nè allucinazioni. La coscienza della propria personalità è integra, normale. Egli appare fornito di mediocre intelligenza; il patrimonio ideativo è esiguo, ma il contenuto delle idee è normale. Egli parla sensatamente e non palesa alcun disturbo nei processi associativi delle idee nè anomalie speciali nella formazione dei giudizi; chè anzi non è troppo affrettato nel concludere nè leggiero. La *memoria* è buona, e solo si addimostra insufficiente rispetto a quel periodo in cui commise quei fatti che determinarono il suo arresto e poi la sua ammissione al Manicomio. Solo, in confuso, ricorda di essere stato in quel tempo dominato da *idee di*

Campo visivo di G. B.



persecuzione e da un grande *eccitamento* e di avere patito mali e giramenti di capo.

Interrogato sul ferimento dell'O. e sulle bastonate che dispensò senza ragione alcuna, egli dà risposte vaghe, incerte. Perchè egli commettesse e in qual modo e a quale ora quei reati egli non rammenta, nulla sa dire.

L'*attenzione* è pronta, esatta, durevole.

I *sentimenti* non sono troppo vivaci; egli è dolente di ciò che ha fatto, dell'avvenire che lo attende, ma non ne ha quella preoccupazione che ogni altra persona normale risentirebbe. Per la sua famiglia mostra affetto, ma non la nomina di sovente nè si commuove nè si rallegra molto allorchando il padre lo viene a visitare; però disordini qualitativi del *sentimento affettivo* non se ne notano in lui.

I *sentimenti etici* appaiono bene sviluppati, a giudicare dalla vita che condusse prima dei suoi reati e dalle risposte che dà. Non ha alterazioni degli *istinti*.

Il B. è tranquillo e di umore quasi sempre lieto.

Sembra dotato di discreto *potere volitivo*; perciò sa vincersi e reprimersi allorchando, a volte, l'eccitamento lo invade.

Il *riflesso vascolare emotivo* è abbastanza vivace.

Giudizio peritale

Che gli atti criminosi commessi dal B. nel periodo compreso fra il 16 e il 27 Gennaio fossero manifestazioni di una mente anomala o inferma si potrebbe affermare *a priori*. Un individuo, che, senza alcuna reale provocazione, senza scopo di lucro o di vendetta, bastona o ferisce nelle strade più centrali e frequentate di una città diverse persone a lui del tutto sconosciute, non può essere che un pazzo. E difatti i cittadini tutti di Ferrara, non appena conosciuto qualche particolare delle prime aggressioni, pensarono subito che dovesse trattarsi di un alienato, e con una tale opinione vibrava all'unisono quella della Questura, la quale in sulle prime si diede a pedinare e anche ad arrestare qualcuno di quegli innocui cittadini ferraresi che in passato avevano avuto qualche rapporto col Manicomio. Il dubbio, per non dire la certezza della pazzia, devono avere avuto indubitatamente i Magistrati del Tribunale di Ferrara dal momento che sottoposero a perizia psichiatrica il B.; *psicopatico* disse costui il dott. F. Gatti nel certificato col quale il detenuto dalle Carceri di S. Paolo fu fatto ricoverare al Manicomio.

A me peritò però spetta il *dimostrare* che il B. è un alienato, non solo, ma lo stabilire anche di qual forma mentale egli era affetto quando commetteva i delitti di cui è imputato e finalmente il determinare il grado della limitazione della sua coscienza e della libertà e subordinatamente il grado della sua responsabilità.

Allo scopo di rendere più facile il mio compito io reputo cosa logica e razionale studiare anzi tutto il B. fuori di quel periodo di tempo nel quale commetteva delitti, vale a dire nella sua anamnesi remota e ne' Manicomio. Una volta ricostruita con questo studio la personalità psichica del B. sulla guida di essa, mi sarà meno difficile affrontare il problema principale ed emettere il responso che da me la Giustizia invoca.

Dalla anamnesi sappiamo che il padre del B., tuttora vivente, ha cefalea e vertigini accessuali; sei fratelli morirono in tenera età; una sorella adulta morì tubercolosa; un fratello, dopo lunga e grave malattia nervosa di natura organica, morì in età piuttosto giovane, probabilmente psicopatico; la madre, che, a guisa della sorella, morì tubercolosa, era eminentemente neuro-psicopatica (isterica?): ebbe forti e frequenti cefalee, una volta un accesso con perdita di coscienza e quasi ogni mese (forse nelle epoche mestruali) aveva periodi di irritabilità e di *confusione mentale*, durante i quali, secondo quanto narra il marito, era una donna *diversa da quella solita*.

Come vedesi, il B. proviene da famiglia in cui abbondano i neuro-psicopatici e i tubercolosi, in una parola i degenerati; non farà quindi alcuna meraviglia se anch'egli non ha potuto sottrarsi alla dannosa influenza di tanta eredità patologica.

Il B. infatti incominciò ben presto a presentare i sintomi propri di chi porta il fardello di una grave labe ereditaria: non nacque a termine, pare sia stato rachitico, senza dubbio ebbe uno sviluppo lento e tardo. Fino a dieci anni soffrì di enuresi notturna. Quindicenne, di notte, stando in letto, cadeva in accessi di pianto immotivato, che venivano avvertiti dai famigliari, ma dei quali egli non aveva coscienza e non serbava ricordo. Dopo i 17 anni, per 4 o 5 volte nello spazio di sei mesi, fu visto di notte alzarsi in camicia, discendere le scale, aprire la porta di casa e fermarsi sul limitare. Invitato ad andare in letto, lo face-

va, ma poi emetteva lamenti, si agitava, e di tutto ciò non servava ricordo nè immediatamente nè la mattina appresso.

Fino a questi ultimi tempi è andato sempre soggetto a forti cefalee.

Ma non basta; mentre il B., a giudizio di tutti, fu sempre di indole buona e mite, di carattere gioviale e scherzoso, di costumi morali eccellenti ecc., per deposizione del padrone A., suffragata anche da mie particolari informazioni, commetteva talvolta alcune stranezze che per i profani erano di poco conto, ma che per noi hanno la massima importanza. Abbiamo veduto infatti, p. e., come il B., mentre nella bottega del suo padrone era intento a radere la barba o a tagliare i capelli ad un cliente, d'un tratto interrompeva il servizio per andare a lavarsi le mani o il viso senza che ve ne fosse alcuna ragione.

Da tutto ciò appare manifesto come il B., se in tutta la sua vita precedente ai fatti del Gennaio 1898 non presentò segno nè commise atto che faccia in alcun modo intravedere in lui la più sbiadita tempra del delinquente, si appalesò senza dubbio dotato di una costituzione eminentemente neuropatica. Tralasciando di parlare di tutti quei fatti risguardanti la prima infanzia del B., che dimostrano essere stato egli uno di quei fanciulli *tardivi*, il di cui sviluppo fisico e mentale cioè si compie in modo lento e stentato, i fenomeni da lui presentati dopo la pubertà s'impongono assolutamente. Gli accessi notturni di pianto immotivati e di cui non servava memoria, i fenomeni veri e proprî di *sonnambulismo* presentati *dopo i 17 anni*, le cefalee intense, gli atti strani deposti dall' A. e che potrebbero riferirsi ad *assenze* o a fatti di *automatismo*, sono talmente importanti da non lasciare alcun dubbio sulla costituzione neuropatica del B., non solo, ma da far pensare senz' altro all' *isterismo* o all' *epilessia*.

E diciamo subito che, nel caso concreto, la mente deve correre piuttosto all' isterismo che all' epilessia, giacchè, se i fenomeni superiormente accennati possono essere proprî dell' una e dell' altra forma morbosa, per la seconda vi sarebbero alcuni elementi negativi di grande valore.

È noto infatti come l' epilettico abbia in generale un carattere scontroso e irritabile e un' indole cattiva e violenta; ora il B. ci è stato descritto mite, buono, gioviale, scherzoso.

Ma la nostra inclinazione ad ammettere l'isterismo piuttosto che l'epilessia trova la sua maggiore giustificazione nell'osservazione attenta e prolungata praticata sul B. nel Manicomio.

Noi non possediamo una relazione esatta e dettagliata sullo stato di eccitamento presentato dal B. nelle Carceri di S. Paolo e per il quale egli fu quasi immediatamente condotto al Manicomio; però, siccome l'accesso da noi osservato alla sua ammissione deve considerarsi nè più nè meno che la continuazione di quello, così è che noi ci limiteremo a prendere in considerazione i fatti caduti sotto l'osservazione nostra.

E a questo riguardo dobbiamo subito dire che l'accesso dal B. in quella sera presentato aveva tutti i caratteri dell'accesso isterico o istero-epilettico, tanto da non potersi assolutamente confondere con accessi di altro genere. Le grida assordanti, il diltarsi incoordinato, unito ad illusioni e a discorsi strani, la durata dell'accesso (2 ore circa) la confusa o nessuna memoria dell'accaduto ecc. furono troppo caratteristici perchè sia necessario intrattenersi maggiormente a dimostrarlo.

Anche il contegno ulteriore del B. nel Manicomio vale a confortare la diagnosi di isterismo. Difatti l'eccitamento provocato in lui dalla musica e dal caldo la sera della festa da ballo, i suoi episodî di *convulso*, che egli avverte e pei quali è in grado di chiedere in tempo rimedi terapeutici o aiuti coercitivi: tutto ciò, unito alla sua serenità e al suo contegno corretto senza scatti e senza impulsi, rende più attendibile il giudizio di isterismo, escludendo l'epilessia che, sola, potrebbe con esso venire in questione.

Ma la sicurezza che il B. sia un isterico io l'ho acquistata coll'esame obbiettivo su di lui praticato nel Manicomio.

I risultati dell'esame antropologico hanno messo manifestamente in mostra una caratteristica speciale del B., voglio dire la sua *femminilità*. Egli infatti ha statura bassa, aspetto gracile, forme delicate, scarsità di peli nella faccia, alle ascelle e al pube, scarso sviluppo del sistema muscolare e circonferenza cranica (mm. 520) di donna. E tutti sanno, specialmente dopo gli studi del nostro Tonnini, quale importanza possono avere questi fatti nell'avvalorare la nostra diagnosi di isterismo maschile, il quale generalmente ci si offre in uomini aventi impronte rilevanti di femminilità.

Invano si cercherebbe nel nostro B. la più piccola di quelle asimmetrie somatiche, tanto frequenti nella epilessia, e sulle quali anzi gli alienisti moderni riporrebbero la vera e fondamentale essenza di questa forma morbosa. In esso anatomicamente tutto è euritmico e tutto proporzionato.

Certamente non può dirsi altrettanto sotto il punto di vista funzionale. Difatti l'esame accurato delle varie forme di sensibilità ci ha rivelato che nel B. esiste una asimmetria relevantissima fra la parte destra e la sinistra: tanto la sensibilità dolorifica quanto la barica appaiono più vive a destra; e a destra, più che a sinistra, sono più pronti e vivaci l'olfatto, il gusto, la vista e l'udito. Per ciò che riguarda la vista, la differenza fra l'occhio destro e il sinistro è di 0,5 alla scala tipografica decimale di Monoyer; per ciò che riguarda l'udito, l'orecchio destro percepisce il battito di un orologio da tasca a due metri di distanza.

Ma, se anche l'asimmetria funzionale, unitamente a quella somatica, è stata accampata quale un fenomeno proprio dell'epilessia, una asimmetria così spiccata e disgiunta da quella anatomica, che comprende anche i sensi specifici, è stata e sarà sempre caratteristica dell'isterismo.

Ma v'ha di più. Il B., se presenta la sopradescritta asimmetria funzionale, ha d'altra parte una *iperestesia generale*, nel senso che anche da quel lato (il sinistro, dove la sensibilità, in paragone del destro, è minore, è sempre maggiore di quella di un uomo normale. Prova ne sia, p. es., che coll'orecchio sinistro il B. percepisce il battito dell'orologio a m. 1,75 di distanza. E ciò senza dubbio sta più per l'isterismo che per l'epilessia.

Altri fatti però valgono a rafforzare, anzi a mettere fuori di dubbio la giustezza della nostra diagnosi; e questi sono la poca vivacità del riflesso congiuntivale e l'ottusità di quello faringeo, nonchè il restringimento o la limitazione del campo visivo, specialmente a sinistra (come può rilevarsi dalla figura delle tavole annesse).

I fenomeni descritti, se si possono, isolati, trovare anche nell'epilessia, quando si riscontrano tutti riuniti in un solo individuo, rappresentano per sè soli una sindrome, direi quasi, caratteristica dell'isterismo.

In base all'esame psichico del B., poche cose potremmo ag-

giungere a quanto abbiamo già detto più sopra, quando si è parlato del suo contegno nel Manicomio. Diremo soltanto che, mentre anch'esso convalida sempre più la nostra diagnosi, esclude assolutamente che il B. medesimo sia un pazzo morale, possedendo egli bene sviluppati i sentimenti etici ed affettivi, del che, come abbiamo veduto, fanno anche testimonianza le azioni e il contegno di tutta la sua vita passata.

Rimane dunque dimostrato che il B. non ha tempra di delinquente, non è un pazzo morale nè un epilettico, ma è un *isterico*.

Esaminiamo ora gli atti criminosi compiuti dal B. nei giorni 16 e 26 Gennaio.

E prima di tutto naturalmente cade in acconcio la domanda: hanno detti atti per sè stessi, indipendentemente dall'individuo che li ha perpetrati, i caratteri di quelli che sono proprî dei comuni delinquenti?

A questa domanda è già stato, in parte e in modo indiretto, da me risposto negativamente nel principio di questo giudizio peritale; ma è assolutamente necessario tornare anche una volta sull'argomento. Anzi tutto, e ciò ha la massima importanza, negli atti del B. manca completamente ogni elemento causale: non lucro, non vendetta, non interesse di alcuna sorta, principali moventi dell'azione delittuosa vera e propria. Rimane completamente esclusa anche la premeditazione, che di solito, in casi consimili, quando l'atto ha il carattere del vero delitto, non suole mai mancare.

Ma tante altre ragioni stanno a dimostrare che chi il 16 e il 26 Gennaio commetteva quegli atti criminosi non poteva essere un delinquente. La persona, che ferisce e tenta di uccidere a scopo di lucro o di vendetta, si premunisce, attende la vittima per strade remote, striscia pian piano addosso alle muraglie, non mostra ad altri l'arma di cui dovrà servirsi e finalmente colpisce proditoriamente quando ha la massima probabilità che nessuno lo vegga, evitando alterchi e schiamazzi e fuggendo in silenzio dopo compiuto il misfatto. Il B. invece cammina a passo concitato e forte (tanto che le persone, come il F., si volgevano per fino indietro); aggredisce individui a lui sconosciuti in mezzo alle strade più centrali e più larghe della città; fa mostra, anzi pompa dell'arma al cospetto di persone e, senza sottrarsi alla vista delle medesime, colpisce ripetutamente un povero vecchio (fatto dell'O.

in via XX Settembre); provoca questioni e alterchi per cose da nulla con le vittime (fatti di via Palestro e di via Bellaria); dopo il misfatto (ferimento del D.) fugge con passo grave, *sbuffando ed emettendo dalla bocca un rumore che pareva un grugnito*.

Non può neppure parlarsi della solita *misteriosa* malvagia brutalità, perchè essa non sarebbe in relazione coi precedenti del B. e sarebbe anzi in contrasto con la sua indole buona, mite e pacifica da tutti concordemente riconosciutagli.

Stabilito adunque che gli atti, compiuti dal B. il 16 e il 26 Gennaio, non possano rappresentare l'opera di un delinquente o di un malvagio brutale, bisogna necessariamente ammettere che il B. nelle due sere dei suddetti giorni si trovasse in uno stato psichico diverso da quello normale, vale a dire in uno stato di mente morbooso. E non sarà difficile il dimostrarlo.

Dalle deposizioni, fatte dal B. dinanzi ai Carabinieri subito dopo il suo arresto, nonchè da quelle fatte dinanzi al Giudice Istruttore e da quanto ha egli più volte ripetuto nei diversi esami da me praticati nel Manicomio, risulta ad evidenza un fatto importantissimo, vale a dire che il B. in quei periodi in cui commetteva i delitti era dominato da *idee deliranti* specialmente a *tipo persecutivo* e da *errori sensoriali* (illusioni e allucinazioni). Abbiamo veduto difatti come egli, negli interrogatorî cui fu sottoposto, dicesse: (per il 1.° reato) che il F. lo aveva provocato con lo sguardo, lo aveva urtato in una spalla e gli voleva prendere il fazzoletto, mentre nulla di tutto ciò avvenne; (per il 2.° reato) che il D. gl'impediva il passo, tenendo in una mano la rivoltella e nell'altra una forchetta, che gli aveva fatto il *gambetto* e che lo aveva rincorso con minacce, tutte cose completamente immaginarie; e finalmente (per il 3.° reato) che l'O. gli aveva pestato un piede ed aveva alzato il bastone per colpirlo, mentre il povero vecchio cieco se ne andava pei fatti suoi e fu colpito posteriormente. Ma v'ha di più: nell'interrogatorio dinanzi al Giudice Istruttore, e precisamente alla fine, disse che *tutti* i compagni gli *volevano male*, che non ricambiavano il suo saluto ecc. ecc. A noi medici del Manicomio poi il B. più volte ha ripetuto ricordarsi confusamente che in quell'epoca gli sembrava che tutti lo *guardassero di mal occhio* e che per istrada si *volgeva* ogni tanto col capo, *sospettoso* di quelli che lo seguivano,

trasalendo ogni volta che un passante lo raggiungeva e lo sflorava procedendo innanzi.

Un altro fatto pure di grandissimo valore, che qualifica morbosamente lo stato psichico del B. nelle due sere tante volte ripetute, è la *limitazione della sua coscienza*. Abbiamo veduto infatti come egli tanto al Giudice Istruttore, quanto a noi nel Manicomio, abbia sempre dato sui fatti risposte vaghe e incerte, dimostrando a chiare note avere di essi una memoria confusa ed incompleta. E non si può dire che il B. abbia fatto ciò per simulazione, poichè, se, appena arrestato, dinanzi ai Carabinieri negò di essere stato l'autore di quei ferimenti, poco dopo in Carcere lo confessò; non c'era più quindi ragione di tacere o simulare pei particolari del fatto che, dopo la sua confessione, perdevano ogni importanza.

A me nel Manicomio non seppe mai dire il perchè, in qual modo e a quale ora abbia commesso quei delitti. Mi ha sempre ripetuto che quei fatti dovevano ascriversi a perturbamento mentale, giacchè nessuna ragione aveva che lo movesse a compiere quei strani reati contro persone a lui del tutto sconosciute.

Non vi può esser dubbio quindi che il B. quando commise i delitti si trovasse in uno stato psichico morbosamente.

Ma quale sarà la forma di pazzia che, mentre induceva il B. ad atti delittuosi, poteva per la massima parte del tempo permettergli di agire con tale relativa apparenza di correttezza, da sottrarsi per un periodo di dieci giorni circa alle indagini della Giustizia e di una popolazione intera?

A tale domanda può risponderci facilmente, giacchè per chi ha un pò di familiarità con la psichiatria si rende, nel caso concreto, manifestamente inutile il perdersi in diagnosi differenziali. È difatti troppo ovvio che qui non possa trattarsi nè di mania nè di paranoia, uniche forme che potrebbero entrare in discussione, e che debba perciò pensarsi soltanto ad una follia o epilettica o isterica. Ma superiormente abbiamo dimostrato che il B. è un isterico; ne consegue quindi logicamente l'ammettere una forma psichica di questa natura.

Ed è appunto la follia isterica, quello stato psichico morbosamente che spiega meglio di ogni altro gli atti criminosi compiuti dal B. Sappiamo infatti come l'isterico, quando cade in simili

stati, abbia totalmente trasformata la propria personalità. Individui, noti per la loro bontà e per la loro mitezza, divengono malvagi e impulsivi; persone, che ordinariamente sono sempre inclinate ad apprezzare benevolmente gli avvenimenti della loro cerchia, divengono sospettose e diffidenti e tendono a percepire in modo ostile tutto l'ambiente che le circonda; se prima il loro cervello era capace di criticare ogni idea che fosse sorta nella loro coscienza, adesso non sono più in grado di farlo, e perciò si lasciano andare anche a quelle reazioni motorie cui quelle idee possono dar luogo; e se a tutto ciò si aggiungono idee deliranti ed errori sensoriali, specialmente di natura persecutiva, detti individui perdono ogni freno, divengono completamente abulici e divengono capaci anche di delitti.

In tale stato senza dubbio doveva trovarsi il B. quando commise i reati di cui è imputato.

Secondo me il B., in tutto quel periodo compreso fra il 16 Gennaio per lo meno e il secondo giorno di sua degenza nel Manicomio, deve considerarsi come in uno stato continuo di equilibrio psichico instabile (cui non dovrebbero essere stati estranei, come momenti eziologici, i gravi fatti di S. Luca), durante il quale i due episodi del 16 e del 26 corrisponderebbero a due veri e propri *equivalenti isterici*. Nel periodo intervallare ai due equivalenti e nel breve periodo consecutivo all'ultimo fatto le alterazioni della personalità, pur esistendo idee deliranti, diffidenza ecc., dovevano essere così leggiere, da permettere al B. una certa potenza critica e un certo grado di volontà, tanto da fargli dissimulare il suo stato e da non indurlo alla reazione impulsiva; ma durante gli equivalenti (che, a guisa degli accessi convulsivi, si verificavano sempre alla stessa ora e presso a poco avevano una stessa durata) la diffidenza, il sospetto, gli errori sensoriali, le idee persecutive e la disposizione a percepire ostilmente l'ambiente raggiungevano tal grado di vivacità, da limitare enormemente la coscienza, la potenza critica e la libertà del B., il quale perciò era indotto alla reazione motoria, al delitto.

La distinzione da noi fatta del diverso grado di infermità di mente nei due diversi stati spiega il diverso grado di memoria che il B. conserva dei fatti che avvennero in quel lasso di tempo. Difatti, come abbiamo veduto, mentre egli per nulla o solo

molto in confuso rammenta gli episodî dei due *equivalenti*, ha saputo dirci che nei periodi intervallari gli sembrava che tutti lo guardassero di mal occhio, che per istrada trasaliva ogni volta che un passante lo raggiungeva e lo sfiorava, procedendo innanzi ecc. ecc.

L'accesso isterico o istero-epilettico, iniziatosi nelle Carceri di S. Paolo e terminato due ore dopo circa la sua ammissione nel Manicomio, rappresenta per me l'ultimo episodio, la crisi finale della follia isterica dal B. presentata. È noto infatti a chi vive in mezzo ai pazzi e agli isterici che un accesso convulsivo segna spesso la fine di un equivalente psichico isterico, il ponte di passaggio fra lo stato morboso e la salute mentale.

Il B. ordinariamente non è un individuo pericoloso, ma lo potrebbe diventare se ricadesse di nuovo in uno stato di follia isterica simile a quello che ebbe nel Gennaio ultimo scorso. È perciò che soltanto dall'osservazione *lunga ed accurata*, quale può farsi in questo Istituto, sarà dato trarre un criterio sufficiente per stabilire attendibilmente l'opportunità o meno della sua futura dimissione dal Manicomio, la quale, in ogni modo, in considerazione dello spavento che i delitti del B. destarono nella popolazione di Ferrara, non dovrebbe essere effettuata che in un tempo relativamente lontano.

Concludo quindi, in ordine ai quesiti propostimi dal signor Giudice Istruttore:

1.) che il B., originariamente *isterico* e susseguentemente caduto in uno stato di *follia isterica*, nei giorni 16 e 26 Gennaio 1898 era in tale stato di infermità di mente da togliergli la coscienza e la libertà dei propri atti; egli è quindi del tutto irresponsabile dei reati di cui viene imputato.

2.) che il B., sebbene attualmente non pericoloso, potrebbe divenir tale se ricadesse nella follia isterica del Gennaio 1898 e che perciò la sua liberazione dovrebbe essere rimessa al Direttore del Manicomio, dopo un lungo periodo di osservazione.

Il Tribunale di Ferrara, accogliendo le mie conclusioni, dichiarava non luogo a procedere contro il B. per vizio totale di mente e ne ordinava il ricovero definitivo in un manicomio.

~~~~~



## **Mania, melancolia e psicosi maniaco-depressiva**

del Dott. **Jacopo Finzi**

Nella *Rivista di Patologia nervosa e mentale* Vol. IV. fasc. 7 il Dott. Gucci prende in esame parecchie migliaia di casi di mania e melancolia allo scopo di vedere fino a che punto il concetto del Kraepelin sulla frenosi maniaco-depressiva stia in accordo coi fatti.

Su 3815 malati il Gucci trova 2419 manie e melanconie semplici; 921 manie e melanconie recidivanti; 202 forme recidivanti miste; 159 manie e melanconie periodiche; 117 follie circolari.

Il 63, 4 % di questi malati diversi è adunque rappresentato da maniaco e da melancolici guariti, e non più ritornati una seconda volta al Manicomio; il che, aggiunto al fatto che le forme recidivanti si presentano nella maggioranza costantemente come manie o come melancolie sullo stesso individuo, fa concludere al Gucci che il numero delle forme semplici è troppo rilevante per piegarsi all'interpretazione del Kraepelin;

il Kraepelin ha generalizzato troppo il concetto di una psicosi nella quale indifferentemente possono succedersi accessi di esaltamento o di depressione;

una forma maniaco-depressiva si può ammettere nel senso e nell'estensione voluta dai 202 casi notati di forme recidivanti miste.

La divergenza adunque fra il concetto del Kraepelin e il reperto statistico del Gucci consisterebbe essenzialmente in questo: che il Kraepelin chiamerebbe questi 3815 malati, *dato che la diagnosi sia giusta*, tutti malati di forme diverse di una medesima malattia, la frenosi maniaco depressiva; il Gucci invece sostiene che fra questi, ci sono malati di otto malattie differenti: Mania, Melanconia, Mania recidivante, Melanconia recidivante, Psicosi maniaco-depressiva, Mania periodica, Melanconia periodica, e Frenosi circolare.

Se la questione si riducesse tutta a un significato più o meno esteso dato a una parola, non varrebbe la pena di occuparsene. Ma sotto la questione di parole si nasconde una questione di metodo, e ciò merita considerazione.

Nell'esaminare i dati della statistica, poichè essi devono servire a controllare i risultati clinici di un altro osservatore, il

primo problema che si presenta, e la cui soluzione in senso affermativo è assolutamente necessaria per dar valore ai dati, è questo: sono le diagnosi di mania e di melanconia fatte qui con gli stessi criteri con cui Kraepelin diagnostica gli episodi di esaltamento e di depressione da lui inquadrati nella frenosi maniacodepressiva?

Già qui si possono sollevare molti dubbî. Da un lato le diagnosi fatte molti anni addietro e da diversi medici (le statistiche del Gucci si estendono a 55 anni) non possono avere molta attendibilità; dall'altro bisognerebbe, se non altro, escludere dal computo tutte quelle Melancolie, e son certo molte, che corrispondono alla Melancolia vera e propria nel senso voluto dal Kraepelin come malattia a sè, affatto indipendente dalla frenosi Maniacodepressiva.

Se ancora oggi si fa spesso mania sinonimo di eccitamento e melanconia sinonimo di arresto psichico, figuriamoci poi nei tempi passati. Tutto ciò che non era paranoia, paralisi progressiva e frenastenia, era mania o melancolia: tanto è vero che dai registri del Manicomio usufruiti dal Gucci risulterebbe che venivano ammessi in media circa 90 maniaci e 100 melancolici all'anno con un numero di ammissioni complessivo di 392 malati, fra cui un numero enorme di epilettici!

Fra i 2419 maniaci e melanconici semplici figurano, lo dice il Gucci stesso, individui riammessi, in cui però non fu più verificata la pazzia; poi fra questi alcuni saranno morti prima di ricadere; altri saranno partiti dalla Provincia di Firenze; molti saranno stati melancolici nel senso del Kraepelin; molti infine non saranno stati nè maniaci nè melanconici, ma chissà da quale altra malattia affetti (amenza, forme alcoliche, isterismo, ebefrenia, ecc.), e queste cinque categorie di malati dovrebbero essere sottratte da quei 2419, per poter attribuire a tale numero il suo valore giusto in questa discussione.

Poi viene la distinzione delle forme recidivanti dalle periodiche, distinzione fondata dal Gucci sul numero delle ricadute. Perchè una forma che si ripresenta meno di 4 volte si deve chiamare recidivante e quella che si ripresenta più di 4 volte periodica? Così il concetto di recidività come quello di periodicità debbono avere ben altri fondamenti di distinzione.

All'infuori di alcuni casi eccezionali, in cui si può parlare con sicurezza di recidiva (amenza, psicosi alcooliche) o di periodicità (le così dette psicosi mestruali, o forme rare di mania, melancolia periodiche e follie circolari, i cui diversi accessi si ripresentano con singolare regolarità di comparsa e di durata), è generalmente in pratica molto arbitraria la distinzione in malattie, le cui cause ci sono ancora in grandissima parte ignote. La differenza fra recidività e periodicità è troppo profonda ed essenziale perchè possa essere fondata su criterî troppo superficiali. Se uno ha tre accessi epilettici in vita sua e un altro ne ha cinque, si tratterà di due forme morbose diverse? Se una malata ha un accesso maniaco alla pubertà, un secondo in un puerperio, un terzo alla menopausa; un'altra ha un accesso maniaco alla pubertà, tre accessi in tre puerperi e un quinto accesso nella menopausa, perchè si deve parlare nella prima di recidiva, nella seconda di periodicità?

Si sa bene che gli accessi di esaltamento e di depressione, nel senso dato loro dal Kraepelin come episodi componenti la frenosi maniaco-depressiva, non hanno mai cause esterne determinate al pari delle psicosi tossiche, da esaurimento, da malattie del ricambio, ecc. Le fasi della vita sessuale o l'età possono essere il momento che decide l'azione di cause interne che non cessano mai: non solo, ma queste cause interne possono essere così lievi, che solo una volta nella vita di un individuo riescono a dar luogo ad un episodio maniaco, o melanconico.

Il Kraepelin, in appoggio alle sue idee, non può ancora portare grandi numeri, per la semplice ragione che egli si guarda bene dallo sfruttare un materiale che non presenti tutte le garanzie; e in questo caso presentare tutte le garanzie vuol dire essere stato studiato da lui personalmente, o per lo meno col suo metodo e coi suoi criterî. Il materiale del Gucci non è dunque confrontabile col materiale del Kraepelin; di più il Gucci non porta nessun argomento valido in favore della distinzione, che, quando è possibile, è di una estrema importanza, fra forme recidivanti e forme periodiche.

Ma supponiamo che le cifre e i fatti portati dal Gucci rappresentino dei dati incensurabili dal punto di vista dell'argomento che si discute. Sarebbero essi, anche in questo caso, realmente in

contraddizione con ciò che insegna il Kraepelin? Essi in fondo verrebbero a dimostrare questo, che, fra tutte le varie forme della frenosi maniaco-depressiva nel senso del Kraepelin, le più frequenti sono quelle ad accesso unico e le recidive uniformi. Ora tutto ciò non contraddice al concetto clinico che queste e le altre forme siano manifestazioni di una stessa entità morbosa: e, per vero dire, il Gucci stesso si è espresso, concludendo, in modo molto prudente e circospetto. C'è solo questo da notare: il Gucci dice: per me psicosi maniaco-depressiva vuol dire l'insieme di due, tre, o al massimo quattro accessi: uno o due di mania, uno o due di melanconia. Gli accessi non debbono essere cinque, se no siamo nelle forme periodiche; gli accessi debbono essere misti, se no il nome misto « maniaco-depressiva » non ha ragione di essere: io ho trovato su quasi 4000 malati di mania o melanconia solo 202 di queste frenosi maniaco-depressive, e il Kraepelin invece vorrebbe estendere a tutti questa denominazione così ben limitata?

Il Gucci non si occupa quindi di analizzare il concetto del Kraepelin: con lo stesso nome l'uno indica una cosa diversa dall'altro: come era possibile trovarsi d'accordo, anzi com'è possibile così una discussione qualunque?

Quando non la sola analogia sintomatica, anzi quando, come in questo caso, nonostante apparenti contraddizioni sintomatologiche, un criterio più profondo e una osservazione clinica più fine inducono a considerare da un punto di vista affatto nuovo una forma o un gruppo di forme morbose, questo concetto, sia pure ipotetico, provvisorio, per essere confermato o smentito, ha bisogno di lavori molto ben ponderati, e, metodologicamente, per lo meno di uguale portata di quelli che hanno condotto all'ipotesi nuova.

Un lavoro di controllo al concetto clinico kraepeliniano della frenosi maniaco-depressiva non può essere che iniziato attualmente, attenendosi l'osservatore esattamente alle regole diagnostiche e ai criteri che il Kraepelin ha enunciati nelle ultime due edizioni (V e VI) della sua Psichiatria.

Non si può dire che sia merito del Kraepelin aver diffuso, come dice il Gucci, la conoscenza di quella forma, la cui esistenza è ammissibile dietro i 202 casi raccolti nella statistica. L'opera del Kraepelin in questo campo è ben altra.

Lasciando da parte qui la discussione sulla giustezza o meno dei concetti del Kraepelin, questi ammette una melancolia, forma non degenerativa, propria dell'età matura e senile, senza arresto psichico, con prognosi buona in generale, specie se il malato ha meno di 50 anni, che può recidivare, talvolta passare in demenza. Poi il Kraepelin ammette una frenosi maniaco-depressiva, forma mentale degenerativa, ad andamento non necessariamente periodico, ma costituita di accessi di eccitamento con logorrea e umore allegro, accessi di rallentamento psicomotorio e umore depresso: isolati, ripetuti o alternati; e anche di accessi misti in cui i fenomeni dell'esaltamento e della depressione sono confusi insieme; la forma non conduce a demenza e la prognosi dell'accesso è sempre buona. Da un primo accesso, sia di eccitamento maniaco, sia di arresto psichico, *non si può* prognosticare la forma che nella vita dell'individuo assumerà la frenosi maniaco-depressiva, nè il numero cioè nè la natura degli accessi che a quel primo possono seguire.

A noi pare perfettamente legittimo affermare che questo concetto del Kraepelin sulla frenosi maniaco-depressiva non viene menomamente attaccato dai risultati statistici del Gucci.

---

### **La melancolia psicosi d'involuzione**

del Dott. Alberto Vedrani

Chi nella medicina mentale lavora all'opera di portare nel materiale raccolto coll'osservazione empirica un assetto conforme a criterî e intendimenti clinici, si persuade facilmente che quella sindrome alla quale si dà il nome di melancolia, e che più o meno completa e in varie combinazioni s'incontra lungo il decorso di malattie determinate e differenti, in un gruppo di casi riempie di sè tutto il quadro clinico: almeno vi domina tanto che gli altri sintomi rimangono oscurati e non appaiono agli odierni metodi d'esame. È a questo gruppo di casi che Kahlbaum applicava il nome di *Distimia*, ritenendo il nome di *melancolia* per la sindrome dov'essa rappresenta solo la fase più o meno fugitiva ed episodica d'un processo morboso.

È noto che il Kraepelin ha sviluppata la questione, mettendo in vista il fatto notevole che questo gruppo di casi appartiene agli anni dell'involuzione; secondo lui la gran massa delle forme depressive sopravvenienti in età anteriore si deve assegnare (prescindendo forse da gruppi più piccoli, insufficientemente conosciuti) a due grandi classi: ai processi regressivi e alla frenosi maniaco-depressiva. Nella sua statistica 64 su 100 di questi malati di melancolia essenziale sono tra i 50 ed i 60 anni d'età: al più presto la malattia s'inizia dopo il quarantesimo anno, al più tardi subito dopo il sessantacinquesimo.

Da questa limitazione d'una malattia a uno spazio della vita in cui si stabilisce il decadimento e il tramonto somatico, nasce l'ipotesi ch'essa sia in qualche modo una espressione clinica della senescenza dell'organismo.

La constatazione di questi fatti, nota già da parecchi anni, non ha invogliato quasi nessuno all'indagine ed alla verifica. Questa umile osservazione empirica che raccoglie pazientemente, che discerne e raggruppa a fine di raffigurare delle entità morbose in mezzo al viluppo infinitamente aggrovigliato e vario degli aspetti sintomatici, non seduce certamente con la promessa di subite e abbaglianti rivelazioni.

Qualche pubblicazione venuta in luce anche ultimamente non accenna neppure al concetto del Kraepelin. Per esempio il Dott. Athanassio (di Bucarest) scrive un lavoro « Les melancoliques » nei fascicoli di Gennaio e Febbraio degli *Archives de Neurologie* di quest'anno. Ma egli non fa che ripetere la descrizione del complesso sintomatico come si trova in tutti i trattati, confondendo in esso col nome di *melancolia stupida* anche lo stupore catatonico; in trenta casi clinici, che sfilano lungo il lavoro ripresentando ognuno la sindrome che vorrebbe essere ed è solo agli occhi dell'autore la stessa, egli non si occupa punto dei fenomeni che l'hanno preceduta e di quelli che le coesistono e di quelli che la seguiranno: gli avviene così di dare per melancolico il caso ottavo, che è palesemente un demente precoce, e di trovare, cercando l'anatomia patologica della melancolia, quella invece della demenza paralitica, come gli è successo in tre osservazioni.

Ziehen invece si esprime risolutamente avverso al concetto kraepeliniano<sup>(1)</sup>: « È evidente che la opinione ultimamente emessa, che la melancolia sia una malattia dell'involuzione, non corrisponde ai fatti ». Se non che chi cerca nello scritto dello Ziehen i fatti addotti per contraddittorî, non trova la forza dimostrativa che ad essi concede l'illustre professore di Iena. Egli si vale del materiale raccolto nella clinica di Binswanger dall'85 al 96: i malati con melancolia ricevuti in questo spazio di tempo, ripartiti secondo l'età, sono: 5 dai 15 ai 20 anni; 35 dai venti ai trenta, 63 dai trenta ai quaranta, 66 dai quaranta ai cinquanta, 47 dai cinquanta ai sessanta, 14 dai sessanta ai settanta, 1 dai settanta agli ottanta. Se non che è facile osservare che Kraepelin designa col nome di melancolia « quegli stati di morbosa depressione con angoscia dell'età avanzata i quali non rappresentano una fase nel decorso di altre forme di pazzia » appunto perchè si è persuaso che « gli stati depressivi dell'età giovane appartengono alla frenosi maniaco-depressiva o ai processi regressivi, alcuni anche alla pazzia degenerativa e forse all'isterismo ». Lo Ziehen non ha fatto e non poteva fare completamente questa eliminazione sul suo materiale così recente, il quale, com'è stato già osservato<sup>(2)</sup>, aduna e confonde in sè degli elementi disformi. Benchè Egli osservi che tutti i casi di pazzia periodica ne sono esclusi, chi può dire che i giovani melancolici non si riveleranno più tardi periodici? Noi sappiamo anche che tra questi melancolici giovani sono compresi anche quelli nei quali Ziehen diagnostica la *modificazione ebefrenica della melancolia*; più tardi essi presenteranno un eccitamento goffo, ed altri stadi che Egli designerà come *demenza secondaria*, segmentando idealmente una continuità naturale di fenomeni. Conchiudo che, se non si rimettono questi stadi melancolici nel loro posto naturale, restituendoli ai vari processi morbosi, non si può contraddire con fondamento a chi ha compiuta questa eliminazione.

Ecco perchè lascia luogo al dubbio anche la conclusione che il dottor Arnaud (di Genova) presenta d'una sua nota prelimi-

---

1) Th. Ziehen. Die Erkennung und Behandlung der Melancholie p. 8.

2, *Rivista di Patologia nervosa e mentale* 1898 pag. 480.

nare (1) « Le forme di psicosi melancolica, per quanto frequenti nei vecchi, possono però svilupparsi in tutti i periodi della vita. L'età media risulterebbe, dalle nostre ricerche, quella che presenta il maggior numero di melancolici ». Anche qui non è detto che quei settanta giovani entrati in clinica dopo il 1890 colla sindrome melancolica non appartengano o alla frenosi maniaco-depressiva o alla demenza precoce o alla pazzia degenerativa o all'isteria, onde è lecito dubitare che i melancolici, nei quali l'egregio autore ricerca i segni della senescenza precoce, siano tutti melancolici nel senso del Kraepelin.

Anch' io ho cercato inutilmente una risposta a questi dubbi negli archivi di un manicomio popoloso. Questioni come queste non si risolvono se non si dispone di un vasto materiale, raccolto con osservazione metodica, in una lunga serie di anni; perchè la maggior parte delle malattie mentali compie (qualcuna con molte soste) il suo ciclo in un lungo ordine d'anni, e per altrettanti deve seguirle, con osservazione non interrotta, chi voglia farsene una rappresentazione mentale che specchi la loro realtà. Ora tutti sanno quanti siano gli ostacoli materiali a quest'osservazione lunga e continuata: a questi aggiungiamo la tenacia dei preconcetti che opprime anche gl'intelletti migliori, il restringimento del campo visivo onde noi vediamo solo quello che sappiamo o crediamo sapere, l'incuranza delle questioni cliniche comune tra gli alienisti; e dopo ciò ci meravigliamo noi se questo lavoro di raccolta, pel quale appunto necessita un'attività vasta e collettiva, sia ancora lontano dal suo compimento? I più s'interessano solo ai così detti bei casi; di tutto il resto succede, per servirmi di un paragone del Redi, come di quell'acqua piovana che cade sopra i tetti delle case, la quale è raccolta e conservata da coloro che credono averne bisogno, ed è lasciata correre per le strade e perdersi al fiume da coloro che non ne sono bisognosi.

In che cosa e per quali particolarità questa Melancolia della senescenza si differenzia, secondo Kraepelin, dagli stati di depressione episodici in altre malattie? La esistenza di fatti caratteristici doveva naturalmente essere ricercata per far risaltare

---

1) *Rivista di Patologia nervosa e mentale* 1899 pag. 362.



l'individualità di questa forma, specialmente di fronte agli stati depressivi della pazzia circolare; perchè davanti ad un individuo, che nell'età dell'involuzione ammalava per la prima volta di melancolia, è facile in ogni caso escludere la possibilità della Paralisi e della Pazzia pellagrosa o di qualunque altro processo morboso, ma non è altrettanto facile eliminare il dubbio di una Pazzia periodica, la quale noi sappiamo che può erompere anche in cotesta età.

Anzitutto i fatti psicomotori, dice il Kraepelin. « Negli stati depressivi della Pazzia circolare l'incapacità a decidersi (*Entschlussunfähigkeit*), il rallentamento e la difficoltà di tutte le azioni volontarie è il fenomeno fondamentale e capitale » (1). Su questo fenomeno Egli si diffonde a parlare in altra parte del libro: « La forza e la rapidità, colla quale un impulso volontario si trasforma in azione, dipende, oltre che dalla sua energia, anche dall'entità degli ostacoli che si trova a dover superare. Così noi sappiamo che il timore e la paura alla esecuzione delle nostre intenzioni possono opporre degli interni impedimenti, che solo con grandissimo sforzo di volontà noi riusciamo a superare. Un crescere degli ostacoli, un arresto psicomotorio è forse il disturbo fondamentale più importante in certi stati di depressione della pazzia circolare. Gli ammalati diventano incapaci delle più semplici decisioni, debbono raccogliersi penosamente per ogni azione, anche per parlare; abbisognano quasi per ogni movimento di una particolare tensione di volontà. Naturalmente si stabilisce per ciò un rallentamento e un indebolimento di lavoro molto accentuato. Solo certe attività consuete riescono qualche volta senza arresto: così anche un violento scotimento morale può abbattere improvvisamente gli ostacoli. In casi gravi diventa del tutto impossibile l'esecuzione di azioni volontarie. Non ostante gli sforzi più manifesti, gli ammalati non dicono più una parola: sono incapaci di mangiare, di alzarsi, di vestirsi. Di regola essi sentono la mostruosa oppressione da cui sono tenuti, incapaci a vincerla » (2). Invece nella Melancolia essenziale della senescenza « è facile persuadersi che l'esecuzione dei movimenti in

---

1) Psychiatrie. Bd II. 6. Aufl. pag. 337.

2) Ib. I. Bd. pag. 207.

sé non è difficoltà. Gli ammalati eseguono le esortazioni senza indugi, quando non li ritenga l'angoscia; compiono tutte le loro faccende in modo naturale e libero, quand' anche senza speciale forza e rapidità. Non si tratta dunque nella Melancolia di un rallentamento psicomotorio, ma realmente di un effetto della depressione sentimentale sopra la volontà d'agire » (1).

Qui io faccio osservare che i dati d'osservazione di Kraepelin coincidono colle risultanze che emergono dall'esperienza di altri clinici. Ritti (2), dichiarando che « la melancolie est le type de psychose qui s'observe le plus fréquemment chez le vieillard », ricorda che « la melancolia con stupore è eccessivamente rara nella vecchiezza; Fürstner non l'ha osservata che 3 volte su 54 casi di melancolia ». Ora la melancolia con stupore non è altro che il rallentamento psicomotorio nella sua più acuta e completa espressione. D'altra parte Krafft-Ebing osserva che « nella fase melanconica di una pazzia che si mostrerà poi sotto forma circolare e nella melancolia periodica (senza delirio) i fenomeni d'arresto prevalgono su quelli del dolore psichico spontaneo. Quelli si manifestano prevalentemente colla coscienza penosa di un arrestato decorso dei pensieri e della volontà, coll'arresto dei sentimenti.... » (3). E veramente nella pratica psichiatrica occorrono tutti i giorni dei casi tipici nei quali questo carattere differenziale spicca con piena evidenza. Io ne cito qualcuno fra i miei più recenti.

B. Elvira di anni 36.

Sta tutto il giorno seduta in atteggiamento di tristezza e d'abbandono, con la faccia lagrimosa e dolente. Interrogata, risponde faticosamente e con parola interrotta e soffocata di sentirsi dominata da una indefinibile e invincibile difficoltà a muoversi, a decidersi per qualunque azione. Con la coscienza di questa impotenza penosa, essa si dispera e piange la sorte dei figli che ha lasciati orfani del padre e sprovveduti. Mai è venuto meno in lei l'orientamento, nè mai ha avuto allucinazioni o idee deliranti.

---

1) Loc. cit. pag. 328.

2) Congrès des médecins alienistes de France 1895. Vol. I. pag. 19-21.

3) Krafft-Ebing. Trattato clinico pratico delle malattie mentali. Trad. it. 1886. Vol. II. pag. 287.

*Anamnesi.* Questa donna, già infermiera nel manicomio, ora attendente a casa, è stata altre due volte inferma cogli stessi fenomeni che ora presenta, guarendo ogni volta completamente. La prima volte fu a 28 anni, in seguito a un attacco d'influenza; tutte tre le volte la malattia è sopravvenuta in periodo di allattamento.

Maria Maz.... di anni 38.

Sta costantemente seduta senza fare o dir nulla, la faccia ha una espressione malinconica, sebbene non molto intensa, coll'omega di Schüle e gli occhi piegati a terra. Si muove solo per andare a tavola, e cammina a piccoli passi con una straordinaria lentezza. Interrogata, risponde a voce afona qualche parola sempre a tono: dalla quale si raccoglie che l'orientamento e la memoria sono conservati e non ha allucinazioni o idee deliranti.

*Anamnesi.* La Maria Maz.... è stata altre due volte nel Manicomio. La prima volta (1880) aveva 20 anni: la storia d'allora racconta che essa, che sempre era stata sana di corpo e di mente, ammalò dapprima con insonnio, inquietudine, tendenza a percuotere quei di famiglia, minacce di suicidio; poi si è messa in un ostinato silenzio stando continuamente a letto e rifiutando di cibarsi. Lo stato morboso durò qualche mese lasciandola guarita. Presè subito marito ed ha avuto due parti normali.

Dopo 15 anni di benessere la donna è stata ricondotta al Manicomio (1896) in uno stato di agitazione maniaca grave che durò 8 mesi e finì lasciandola con tutte le apparenze della guarigione. Dopo 14 mesi la malattia si è ripresentata nella forma che dura tuttora.

Emilia M. di anni 50.

Entrata nel Manicomio il 20 maggio di quest'anno. Ha la faccia malinconica: con risposte che vengono lentissime, solo a strappargliele di bocca con l'insistenza dell'interrogazione, dà notizie esatte di sé. Ha coscienza d'essere malata, e racconta che trentacinque anni fa (aveva 15 anni) soffersè di una malattia quasi identica alla attuale. Segue una settimana nella quale il rallentamento psicomotorio si intensifica fino all'arresto. Bisbiglia solo qualche risposta o accenna sì e no col capo: più spesso non risponde affatto. Anche invitata a compiere qualche movimento, a metter fuori la lingua, non obbedisce o solo con estrema lentezza. Questo stato con varia intensità persiste fino alla fine del giugno. Qualche volta la donna esprime piangendo qualche idea delirante di dannazione. Il passaggio alla guarigione avviene rapidamente in pochi giorni.

Questa donna lavoratrice di campi è stata sempre intelligente e sana, fuor della malattia identica all'attuale, sofferta nel quindicesimo anno di età. La malattia attuale è cominciata nel marzo di quest'anno con insonnio, ral-

lento dell'attività consueta, tendenza a rompere suppellettili domestiche, trascuratezza di cibarsi, tendenza al suicidio.

Linda B. di condizione agiata, attendente a casa, è condotta nel Manicomio il 22 Novembre 1896 in età di anni sessantatrè. Non c'è notizia di eredità neuropatica.

Aveva intelligenza e coltura media, carattere vivace, allegro, facilmente irritabile. Si esclude nel modo più assoluto che abbia mai sofferto di malattie mentali prima della presente.

Sei mesi prima della sua entrata in questo ospedale, il marito della signora è morto lasciandola sola e in condizioni di fortuna poco prospere. La disgrazia fu cagione di afflizione e di preoccupazioni ansiose alla donna, la quale non s'è data più pace. Le manifestazioni del dolore a poco a poco presero carattere morboso. Lentamente si stabilì uno stato di lipemania ansiosa con idee deliranti di rovina, di accusa (d'aver commesso un infanticidio) e di persecuzione; con illusioni e allucinazioni. Un tentativo di suicidio persuase a ricoverarla in quest'ospedale.

Entra in uno stato di ansia dolorosa agitata: la vista dei medici la getta nella disperazione: colle mani sulla faccia e nella testa domanda pietà: dice che è giunta l'ultima sua ora e chi sa quali tormenti le si preparano. Le parole rotte da sospiri e da singhiozzi esprimono un angoscia indicibile. Scrive numerose lettere ai parenti dalle quali tolgo qualche brano:

« un giorno da qui mi trasporteranno a B.... deforme, svestita del tutto per dar spettacolo del lacerato mio corpo, fra carabinieri perchè altri non mi devono accompagnare: facendomi rea di un delitto che grazie al cielo non commisi »

« ora io sto benissimo, ma che mi vale il mio star bene, che mi è stata preparata una tortura tale da rabbrivire? Mi devono far martire e poi mi gettare in una fogna ».

Riassunto dei diari. Dicembre 96. - Dura la stessa agitazione ansiosa.

Gennaio-Agosto 97. - I giorni tranquilli si alternano con giornate d'ansia simili alle descritte. A poco a poco però esse si fanno sempre più rade. All'idea dei supplizi succede quella dei sospetti a cui è fatta segno. Agosto-Dicembre. - Non si ripetono più le scene di disperazione, ma persistono le idee deliranti e il tono psichico fondamentale triste.

Nell'anno successivo (1898) la malattia s'è dileguata lentamente e con molte oscillazioni. La donna ha acquistato a poco a poco la coscienza della morbosità delle idee deliranti, e la vivacità serena e consueta del suo carattere. La guarigione completa dura da un anno.

M. D. di anni 52 possidente, attendente a casa, nubile, Ha una figlia illegittima di 20 anni.

La madre e un fratello hanno sofferto di disordini mentali: quattro fratelli viventi non hanno mai dato segno di alterate funzioni psichiche.

L'anamnesi, raccolta accuratamente dal collega dott. Caretti, assicura che antecedentemente allo sviluppo della malattia presente la donna ha sempre goduto un'ottima salute. Era una intelligente e buona donna di casa alla quale aveva volta ogni sua cura. La malattia attuale si è sviluppata lentamente in mezzo a disgrazie domestiche e si è manifestata con pianti e lamenti, con timori e idee di rovina, debolezza, insonnio invincibile.

Di notte, a letto, sente nella camera gente che vuol derubarla; di giorno alzata non fa altro che errare per la casa lamentando che le si ruba tutto. Piange e supplica gli astanti ad aiutarla a provvedere alle sue disgrazie. Fa atti di disperazione e batte la testa nel muro. Per tutto il decorso della malattia, durata circa 8 mesi, ha presentata la sindrome della melancolia agitata.

La guarigione è avvenuta molto lentamente e si mantiene da un anno.

La sindrome presentata da queste malate può bene apparire la stessa ad una considerazione superficiale ed essere sommariamente designata come *melancolia*: eppure è palese la dissimiglianza dei tre primi casi, nei quali si trova, fatto primitivo e fondamentale, il rallentamento psicomotorio, dai due ultimi, nei quali non ne apparisce segno. Nei tre primi casi si tratta d'un accesso della frenosi maniaco-depressiva, la quale ha dato manifestazioni anteriori fino dalla gioventù: le altre sono donne di età avanzata che ammalano per la prima volta nella loro vita.

Casi come questi sembrano fatti apposta per dimostrare il valore di questo carattere differenziale, e la sostanzialità e l'autonomia clinica della melancolia della senescenza di fronte alla frenosi maniaco-depressiva. Se non che non bisogna dissimularsi che ci sono accessi depressivi della pazzia periodica e circolare nei quali il rallentamento e l'arresto psico-motorio non è dimostrabile. Certamente questi non tolgono valore alla esperienza clinica di Krafft-Ebing e di Kraepelin, la quale afferma che nella melancolia dei periodici e dei circolari la presenza di questo fenomeno è la regola: bisogna piuttosto vedere sotto quali influenze questo fenomeno, di solito così intenso negli accessi giovanili della pazzia circolare, sembra in altri accessi e in certi casi oscurare la sua evidenza fino a scomparire. Soprattutto, per dichiararlo mancante, bisogna prima aver ricorso ad altri mezzi

d'indagine che non siano la grossolana e sprovveduta osservazione diretta, la quale è sufficiente a rilevare la presenza del rallentamento psicomotorio nella sua espressione più intensa e completa, ma non basta a coglierne le manifestazioni parziali e tenui. Come dice Weygandt, si danno numerosi casi nei quali l'arresto si verifica solo in alcuni territorî, mentre gli altri processi motorî appariscono normali; molti pazienti camminano già spediti e sciolti, mentre nei movimenti più fini, come nello scrivere e nei lavori manuali, essi sono evidentemente in stato di rallentamento: in questi casi la dimostrazione del sintoma può esser data dall'apparecchio di Goldscheider modificato da Kraepelin, come l'ha ottenuta il Gross nelle sue ricerche sulla scrittura (\*). In ogni modo è certo che la presenza del rallentamento psicomotorio segna una separazione in quel cumulo di stati morbosi che la psichiatria ha confusi nel capitolo della melancolia; e non può non tenerne conto chi voglia discutere il concetto della melancolia come psicosi d' involuzione.

---

## DISCIPLINE MANICOMIALI (\*)

del Dott. **Jacopo Finzi**

### **Introduzione**

§ 1. Nello sguardo sfuggevole, che in occasione di « una visita al manicomio di Alt-Scherbitz » (\*) abbiamo dato alle condizioni dei Manicomî nella Provincia prussiana di Sassonia, noi abbiamo tralasciato di accennare ad un punto molto importante,

---

1) Weygandt. Ueber die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins. 1899 pag. 11.

2) Sotto questo titolo ci pare possano venire opportunamente comprese le questioni di tecnica e di legislazione manicomiale, alcune delle quali intendiamo svolgere analiticamente in una serie di articoli successivi a questo.

3) Questo *Bollettino* 1899. N. 1 e 2.

\*) La Direzione del *Bollettino* naturalmente lascia anche in questo argomento la più ampia libertà di idee agli egregi Collaboratori, anche se non le divide completamente; si riserva anzi di esprimere il proprio pensiero al riguardo in uno dei prossimi numeri del giornale.

riguardante la distribuzione dei malati nei diversi Manicomî. Anche senza parlare affatto di asili privati e di case di salute speciali per idioti, epilettici ed alcoolisti, abbiamo visto: 1. *La Clinica di Halle*, dove convengono come in un ospedale qualunque malati nervosi e di mente della città e dove fanno una prima stazione quasi tutti i malati della Provincia. Ivi pure stanno eventualmente delinquenti per perizie psichiatriche. 2. Il *Manicomio di Alt-Scherbitz*, organizzato a stabilimento coloniale, che riceve molti malati direttamente dalle campagne più meridionali della provincia, molti provenienti dalla Clinica di Halle: malati di mente soltanto e di tutti i generi, ma non delinquenti. 3. Il *Manicomio di Nietleben*, che raccoglie essenzialmente i malati provenienti dalla Clinica e i delinquenti.

Oltre a molte cose in comune, ciascun istituto ha dunque sviluppato prevalentemente un lato del vasto problema degli alienati; e il sistema rappresenta già un passo verso una distinzione ancor più netta fra manicomî e manicomî. Dappertutto, dove la civiltà progredisce e dove la volontà degli uomini non infrapponne un abisso fra teoria e pratica, la tendenza va manifestandosi con fatti compiuti. Tale tendenza corrisponde del resto a un bisogno da molto tempo sentito ed espresso. Trent'anni fa il Griesinger (1) aveva posto il problema in tutta la sua chiarezza, e mostrato sicuramente la via alla soluzione.

A fondamento di ogni questione di psichiatria pratica generale e speciale, veniva in fondo a dire il Griesinger, bisogna porre il fatto che ci sono alienati di maniera molto diversa fra loro, e per conseguenza occorrono manicomî di diversa maniera e leggi e regolamenti di diversa maniera. La coscienza di un tale fatto si chiarisce solo oggi, sopra tutto là dove l'ambiente è maturo per il problema, dove cioè la tecnica manicomiale va costituendosi in scienza, mentre d'altro lato l'amministrazione della ricchezza pubblica è guidata da criterî non del tutto antiscientifici.

§ 2. La posizione che i codici vigenti danno all'alienato tiene di quella data ai fanciulli, ai malati, ai delinquenti comuni e alle bestie feroci: la posizione data ai manicomî tiene di quella data agli ospedali, alle carceri e alle case di ricovero.

---

1) *Archiv für Psychiatrie*. I Bd. 1868-69.

Il pazzo è penalmente irresponsabile delle sue azioni come il bambino, o può esserlo parzialmente, come il giovinetto (art. 53. 55 e 46. 47 del C. P.); il pazzo, durante la reclusione in Manicomio, perde i diritti civili e politici come il delinquente durante la reclusione in carcere; e può, a cagione dell' infermità mentale, essere inabilitato o interdetto per tutta la vita (art. 324 e 326 C. C.); l'alienato deve essere custodito o sorvegliato come essere pericoloso alla società (art. 477. 479 C. P.) o come i malati di malattie contagiose gravi od epidemiche. Amministrativamente è stabilito che, mentre per i malati pensa il comune, per i delinquenti lo stato, per i pazzi poveri provvede la provincia (Legge Comunale e Provinciale art. 201 c. 6.).

Tutto ciò risente di tempi in cui sulla pazzia si avevano concetti profondamente sbagliati. Tutto ciò è d'altra parte, e per fortuna, molto poco, e il campo, entro cui leggi e regolamenti sugli alienati si possono muovere, è presso che illimitato. Volendo analizzare da vicino i rapporti esistenti e i rapporti desiderabili fra esigenze psichiatriche, tecniche, sanitarie da un lato ed esigenze economiche, giuridiche e politiche dall'altro, di queste accennate disposizioni generali legislative bisognerà pure tener conto. Come diceva Diderot, noi parleremo e grideremo contro le leggi insensate fin che esse non siano riformate: nell'attesa, noi ci sotterremo ciecamente ad esse. Parimente, per lo studio dei rapporti nominati, occorrerà tener conto di quanto è stato fino ad ora di tali rapporti stabilmente fissato in regolamenti e statuti: il che potrà offrire un materiale utilissimo alla critica dell'esperienza.

Finalmente, e in prima linea però, sarà d'uopo fondare una tale analisi su quanto l'osservazione psichiatrica insegna. Giacchè l'espressione dei più reali bisogni degli istituti d'alienati risulterà dallo studio degli alienati stessi in tutto ciò che li fa somigliare piuttosto a malati o a delinquenti o a invalidi cronici, e in tutto ciò che li caratterizza e li distingue da tutti gli altri uomini.

§ 3. Da Ippocrate in poi si ammette che i pazzi siano essenzialmente dei malati. Carattere loro comune e che li distingue dagli altri malati è che in essi in prima linea sono lese le facoltà psichiche: condizione per essere definiti socialmente come tali, è l'essere pericolosi a sè, o agli altri o di scandalo pubblico. Queste condizioni però possono sorgere e sparire in breve tempo,



costituire quindi una malattia acutissima, di cui l'individuo può rapidamente morire, o in poche settimane o mesi guarire come di un tifo o di una pleurite. Può la malattia sorgere improvvisamente, e l'individuo diventare pericoloso in un attimo, o può la malattia essere lungamente preparata da prodromi. Può l'individuo rimanere pericoloso tutta la vita, oppure, anche avendo episodi acuti, rimanere in condizioni di indebolimento mentale, che non gli permettono più il ritorno in società, ma gli permettono di lavorare sotto sorveglianza opportuna,.... e così via. Non basta: ci sono quelli che dalla nascita si mostrano incapaci di vita sociale civile e debbono fin dai primi anni della vita essere isolati; ci sono i convulsionali che talvolta, solo perchè essi non diano continuo spettacolo di sè per le strade, o perchè insufficienti a sè, o perchè insufficientemente sorvegliati in casa, debbono essere rinchiusi. Tutto ciò spiega già come i pazzi non possano essere trattati tutti egualmente.

Tutta la profonda distinzione fatta sempre fra ospedale comune e manicomio non ha ragione di esistere. Chi ha vissuto in ospedali comuni e in manicomi, sa che negli uni e negli altri gli ammalati son venuti di rado volontieri, talvolta addirittura contro la loro volontà. Il malato, di qualunque genere, non dovrebbe mai rimanere in famiglia: un tale concetto cozza naturalmente contro sciocchi pregiudizî sentimentali, contro l'ignoranza sulle funzioni pubbliche; e l'unica giustificazione a questi pregiudizî si trova da noi specialmente nel fatto che i servizi pubblici sono spesso assai male organizzati. Negli ospedali per cronici, ricoveri per vecchi e simili, troviamo analoghi rapporti. Una buona parte dei pazzi non presentano dai malati comuni nessun'altra differenza da quella in fuori di necessitare una sorveglianza o un isolamento speciale, e anche in questo si potrebbero assimilare a malati di certe malattie infettive, come rabbia, tetano, erisipela, peste bubbonica ecc. Altri malati, i paranoici, alcuni epilettici, certi psicopatici degenerati e frenastenici debbono considerarsi, piuttosto che malati, anomali, e come tali debbono essere trattati in modo affatto diverso. Il medico che li manda al manicomio deve già sapere che probabilmente essi non ne usciranno più.... Sarebbe molto naturale il pensiero che le disposizioni, che sono stabilite per la reclusione, l'osservazione ed eventualmente la dimissione

di questi ultimi alienati, fossero molto differenti da quelle che regolano il ricovero dei mentecatti acuti. I quali tutti, in un primo tempo almeno, richiedono assidue cure di natura assolutamente medica, mentre invece gli altri, gli anomali, o un alienato qualsiasi passato allo stato cronico, deve essere solo custodito, sorvegliato, conservato in buona salute fisica per mezzo di una vita igienica, attiva e il meno spiacevole possibile.

§ 4. Le condizioni esterne, sociali, in cui la pazzia si manifesta, portano ancora un'altra differenza nel modo di cura e custodia dei pazzi.

In una grande città, dove le esigenze della vita collettiva sono numerose e complesse, dove la pazzia è più frequente, dove è più imperiosa l'urgenza in tutti i pubblici servizi, l'ammissione dei pazzi acuti nel manicomio occorre sia quanto è possibile semplice e sbrigativa. Per ciò che riguarda i pazzi cronici e gli anomali, abbiamo a che fare con gente che è avvezza alla vita della città, non ha attitudini alla vita campestre, è capace solo di certi lavori. Lontano dai centri abitati le condizioni di vita sono assolutamente diverse. La popolazione rada, spesso prevalentemente agricola ha carattere e attitudini sue proprie. Di più nei grandi centri bisogna sovente pensare alle esigenze dell'insegnamento universitario, alla necessità quindi di cliniche psichiatriche, le quali non debbono assolutamente essere manicomi qualunque, e devono d'altra parte differenziarsi di molto dalle cliniche per le altre specialità mediche. Lo studio che negli ultimi anni si è andato compiendo appunto in alcune cliniche psichiatriche, fra cui sotto questo punto di vista si possono citare a cagion d'onore quelle di Jena, di Halle, di Strasburgo e di Berlino, sui casi-limite fra malattie nervose e mentali, ha condotto a questo risultato pratico, che le cliniche psichiatriche nominate (oltre a quelle ad es. di Lipsia, Giessen, ecc.) sono diventati asili misti: i malati nervosi vi sono accolti insieme coi malati di mente: il 50, fino il 75 % dell'intera popolazione di queste cliniche forma un tutto mescolato che non si differenzia per nulla dalla popolazione di una clinica medica. Questo fatto presenta molti lati alla critica, e avremo occasione di analizzarlo a suo tempo. Esso però sta a dimostrare che una parte degli alienati non differisce assolutamente in nulla dagli altri malati: che come succede che alienati

veri e propri, anche pericolosi, possono per condizioni speciali essere trattenuti in ospedali comuni, così ci sono dei malati di mente a cui è perfettamente inutile, se non nocivo, il ricovero in un istituto speciale organizzato come i consueti manicomî.

Da qualunque parte ci si accosti al problema, sembra legittimo l'ammettere che un regime troppo unitario per tutti gli alienati non risponda ai loro bisogni reali.

Infatti guardiamo la cosa anche da un punto di vista puramente sociale. Lo stato deve tutelare la sicurezza pubblica di fronte ai pazzi; tutelare la vita e gli averi dei pazzi di fronte alla società; tutelare la cura dei pazzi stessi. Per il primo punto ci sono già disposizioni legislative; per il secondo ce ne sono alcune poche; per il terzo non ce n'è alcuna. Ma, o noi limitiamo il significato della parola pazzo, così da intendere con essa quell'individuo che a cagione di una malattia mentale è pericoloso, penalmente irresponsabile e civilmente incapace, e allora una parte degli individui accolti nelle cliniche psichiatriche e nei manicomî non sono pazzi; o noi diamo a questa parola tutto il suo ampio significato psicopatologico, e allora solo una piccola parte dei pazzi richiede dallo stato la ricordata triplice tutela. L'altra parte cade sotto le norme regolanti il trattamento dei malati in genere.

§ 5. Come difficile è trovare il punto di passaggio fra malati comuni e malati di mente, così è difficile trovarlo fra alienati e delinquenti. Mentre i pazzi vanno ogni giorno più considerati come malati, i delinquenti sono sempre più avvicinati ai pazzi. Tutto ciò ancora solo nel dominio scientifico delle Autorità competenti, non ufficialmente: ma è già questo un notevolissimo segno precursore di tempi nuovi. I grandi capitoli psichiatrici delle follie degenerative o stati psicopatici, dell'isterismo, epilessia e frenastenia portano un tale contributo alla casistica del delitto comune, che sorge spontaneo il quesito, fino a che punto si possa in ogni singolo caso forense far senza dell'alienista. Il sistema carcerario nella grande maggioranza dei paesi detti civili è nelle condizioni in cui era il sistema manicomiale prima del Pinel e del Chiarugi. La società ha il diritto di difendersi da chi le nuoce, sia questo un animale feroce, un malato di malattia contagiosa, un alienato di mente o un delinquente comune. La legge si occupa fino ad ora dei pazzi, non in quanto sono

pazzi, ma in quanto sono pericolosi. Così, nel concetto di delinquente noi potremo comprendere molto o poco come nel concetto di pazzo, a seconda dell'estensione convenzionalmente data al significato della parola. Fin' ora si son sempre classificati i delinquenti a seconda dei delitti, ai quali doveano corrispondere certe pene, perchè solo il delitto era studiato e non il delinquente: la diagnosi dell'individuo è sempre stato un fatto neppur sospettato. Eppure il problema sale già alla coscienza del pubblico.

Del resto anche qui la legge si occupa del delinquente non in quanto è un delinquente, ma in quanto è pericoloso in un determinato senso, cioè contravviene a quelle norme stabilite dal codice penale di quel dato paese in quel dato tempo. Ora, anche dando alla parola delinquente il significato ristrettissimo che corrisponde a questo concetto ufficiale della pratica, noi troviamo una serie numerosa di delinquenti che non differiscono assolutamente in nulla da una certa categoria, abbastanza numerosa, di pazzi, come troviamo nei manicomî non pochi individui che sono puramente e semplicemente dei delinquenti. Pazzi delinquenti, delinquenti condannati impazziti e delinquenti prosciolti per pazzia sono intanto tre categorie di individui, cui già la psichiatria e la criminologia d'accordo relegano nei manicomî, o meglio vorrebbero relegati in istituti che non fossero nè carceri nè manicomî, ma un qualche cosa di mezzo. Ciò rappresenta un abbozzo molto grossolano della funzione che dovranno compiere i manicomî giudiziari, i quali per queste tre categorie di malati sarebbero nè più nè meno che comparti di manicomî comuni.

Ma non sempre, se in una forma di malattia o di anomalia mentale si riscontrano fenomeni di delinquenza, occorrerà distinguere e curare e custodire in modo e in luogo differente questi alienati.

Dalle forme miti e transitorie di delinquenza alle sue manifestazioni più insistenti e feroci l'esperienza passata ha sanzionato una gradazione appoggiata ad una corrispondente gradazione di gravità e insistenza di alterazioni intellettuali, e ciò come misura della responsabilità del delinquente. Il preconconcetto psicologico, che ci continua a far giudicare in modo tanto diverso le anomalie dell'intelligenza da quelle del sentimento e della volontà, ha sempre ostacolato una giusta concezione della delinquenza. La

criminologia non è nè deve essere la psichiatria: questa però ne deve informare tutta la parte dottrinale. Giacchè anche la diagnosi psichiatrica praticamente non decide molto nei problemi di criminologia: l'epilessia può dar forme lievi di delinquenza passionale e d'impeto, come può dare luogo alle forme più gravi e a quelle manifestazioni che furono designate come più caratteristiche del delinquente nato. Ci sono delinquenti poi che non sono nè ebefrenici, nè paranoici, nè isterici, nè epilettici, nè frenastenici, nè presentano alcun'altra forma diagnosticabile con le denominazioni nosografiche della psichiatria clinica e che sono essenzialmente anormali nella organizzazione della loro vita affettiva; la denominazione di pazzia morale si applica a questi delinquenti, che, dando alla parola il suo significato più stretto, sarebbero i veri, i delinquenti per eccellenza. Ma per questi e per gli altri delinquenti insieme occorrono diversamente case di cura, case di educazione, case di correzione, case di custodia, case di lavoro, a seconda delle attitudini e disposizioni dell'individuo.

§ 6. Tutto ciò a molto larghi tratti dà una idea delle serie di asili che la società deve fornire ai malati e, agli anomali psichicamente, serie che va dalla sala comune d'ospedale alla colonia penale. Tutto ciò, si può dire, esiste già: e l'Italia anzi, in questo, come in tante altre cose, precorritrice dei tempi, ha manifestato tendenze e ideali più avanzati che altri paesi. Non abbiamo noi le sale per pazzi annesse ad ospedali, gli asili coloniali per alienati, i manicomi criminali? È vero: soltanto, quando si va a vedere che cosa sta sotto a queste denominazioni, ci troviamo molto scoraggiati. L'idea geniale innovatrice nasce qui, ma con essa tutta la nostra attività è esaurita e noi ci contentiamo. L'analisi obbiettiva dei più piccoli fatti materiali, che si connettono necessariamente all'applicazione pratica di qualsiasi problema, specie un po' vasto, sfugge generalmente a noi: ed è così che può trovare ugualmente buone ragioni l'ottimismo di quelli che seguitano a riconoscere il primato degli italiani, come il pessimismo degli altri che non trovano in Italia nulla di buono.

§ 7. Nell'espore queste idee molto generali che possono servire d'introduzione all'analisi pratica di alcune questioni di tecnica e di legislazione manicomiale, noi abbiamo inteso formulare una premessa necessaria che cioè nè una tecnica nè una

legge unica ed unitaria pei manicomî corrisponde ai bisogni reali degli alienati. Una tecnica e una legge possono avere comune: le stazioni di soccorso sanitario, le sale d'osservazione provvisoria per malati nervosi e di mente, le cliniche psichiatriche, gli asili cittadini, i comparti d'osservazione, gli asili provvisori per alienati - e simili istituzioni - giustificate in una società civile: dall'urgente necessità di ricoverare certi malati immediatamente, senza inciampi di formalità; dal fatto che certi malati coscienti si presentano da sè per essere ricoverati nel manicomio; dalla natura di certe malattie mentali che durano brevissimo tempo, pochi giorni, e guariscono completamente; dall'esistenza di casi dubbî di pazzia; dalla necessità, per certi malati più propriamente nervosi che mentali, di un ambiente uguale ad un ospedale comune (nevrastenici, alienati per malattie encefaliche); dall'opportunità di certe cure, come la *Bettbehandlung*, che non si possono fare che in ospedali adattati ecc.

È strano che, mentre si ascoltano e si seguono esattamente i dettami degli specialisti quando si tratta ad es. di tubercolosi, o di altre malattie, nel campo dell'alienazione mentale non si pensi altro che all'economia e alla pubblica sicurezza. La cultura psichiatrica, trascuratissima anche presso gli specialisti, ne è la causa: l'importanza pratica dello studio della psichiatria non è ancora generalmente riconosciuta. Siamo però qui in un circolo vizioso. La cultura psichiatrica non è in gran parte possibile perchè i manicomî sono organizzati in modo da non permetterla. Tale cultura esisterà certo quando esisteranno cliniche psichiatriche, asili cittadini, ecc. convenientemente costituiti.

I grandi asili provinciali, le varie forme di colonie per alienati, i quali devono essenzialmente avere una funzione economica nel problema dei pazzi, hanno pure una tecnica e una legislazione loro particolare. Questi asili sono giustificati e resi necessari: dal fatto che molti pazzi, diventando cronici, si trovano in uno stato di indebolimento mentale per cui son solo da custodire; dal fatto che la maggioranza di questa gente custodita e gran parte della curata e guaribile è in grado di lavorare; dal fatto dell'aumento progressivo delle popolazioni di tutti i manicomî; dalla necessità di condizioni igieniche buone per una grande massa di gente raccolta; dalle esigenze economiche amministrative; dal fatto che i pazzi sono mantenuti dalle provincie.

Questo secondo gruppo di asili per alienati è quello che più s' accosta al tipo dei migliori grandi manicomî oggi esistenti, giacchè anche questi grandi asili devono conservare necessariamente malati di tanto in tanto pericolosi, o bisognosi di cure vere e proprie, e non è escluso che anch'essi abbiano ammissioni fresche: così che la colonia non potrà mai essere completamente e unicamente colonia, ma sempre annessa, sebbene apparentemente indipendente, ad un ospedale per alienati (tipo Alt-Scherbitz).

Quali asili meglio determinati per la funzione curativa, una forma intermedia fra i grandi gruppi, abbiamo le case di salute per alcoolisti, quelle per epilettici, le case di educazione per frenastenici e per degenerati morali. Queste servono di passaggio al terzo tipo di asili, dove le funzioni dell' Autorità giudiziaria e di P. S. si associano in modo talvolta essenziale alle funzioni dell' alienista. Anche questo terzo gruppo di asili potrà avere in comune una tecnica e una legislazione sua particolare. Delinquenti in cui sorge il dubbio di pazzia durante il processo; delinquenti prosciolti per pazzia; certi recidivi; delinquenti giudicati pericolosi e condannati a norma dell' art. 47 del C. P.; delinquenti condannati che danno segni di pazzia in carcere; pazzi notoriamente, che delinquono, ed altre molte categorie di individui devono essere accolti in questa terza maniera di asili, gruppo di asili che a poco a poco deve assorbire tutte le maniere di carceri e di delinquenti, eccettuati forse alcuni delinquenti politici.

E così le discipline ospedaliere, le discipline manicomiali e le discipline carcerarie, al lume della medicina moderna, vanno prendendo un indirizzo positivo, ed acquistano il posto che loro veramente spetta fra le scienze pratiche.

---

### **La giornata di lavoro per gl' infermieri di Manicomio**

Uno dei più alti doveri del medico alienista è quello di crearsi un personale bene educato, serio, cosciente del proprio ufficio e della propria missione.

Mentre da un lato i corsi d' insegnamento, opportunamente impartiti, eleveranno il grado di cultura del personale, i suoi sen-

timenti e la sua dignità verranno educati e tenuti alti quando gli sia mostrato con l'esempio e ripetutamente gli si faccia intendere come alla responsabilità del medico anche l'infermiere partecipi, e come, se le necessità disciplinari impongono che l'infermiere sia uno strumento ciecamente obbediente al dottore, la funzione sua è però forse ugualmente importante, e diversa essenzialmente per il fatto che su 100 malati c'è un solo medico, mentre ci sono dieci infermieri.

Perchè la cosa sia possibile, occorre però che tutto ciò abbia una base nelle condizioni materiali fatte ai medici e agl'infermieri: e non intendo tanto nei rapporti delle paghe rispettive, quanto nella quantità e durata del lavoro. Anche nei manicomì meglio organizzati, come l'asilo coloniale di Alt-Scherbitz e la Clinica di Heidelberg, ciò che mi ha sempre sfavorevolmente impressionato è la poca libertà concessa agl'infermieri. In Heidelberg, ad es., ogni infermiere esce un giorno alla settimana. A Ferrara gl'infermieri hanno 21 ore di libertà ogni sei giorni; a Firenze 19 ore (dalle 11 alle 6) ogni 3 giorni. Le donne poi son tenute addirittura recluse; escono poche (5, 7) ore ogni 5, 6, 7 giorni; a Firenze d'inverno dalle 12 alle 16  $\frac{1}{2}$ , d'estate dalle 18 alle 21 ogni tre giorni, e a Firenze sotto questo punto di vista gl'infermieri stanno molto meglio che in gran parte degli altri Manicomì.

Certo non sarà mai possibile trasformare un manicomio in un ufficio o in un laboratorio, dove lavoranti e capi passino solo alcune date ore della giornata. Qualche cosa che si avvicini a questo deve però inevitabilmente farsi col progresso dei tempi. Io non ho conoscenza di tentativi in proposito, nè io purtroppo sono in grado di sperimentare un metodo, che, ove avessi la possibilità morale e materiale di farlo, non esiterei un momento ad adottare.

Supponiamo, in un Manicomio di 500 malati, una sezione uomini (o donne) di 250, divisa in

1. Comparto d'osservazione,
2. Comparto d'isolamento,
3. Infermeria,
4. Colonia,

Se noi teniamo conto di quanto fu detto a proposito di una visita al Manicomio di Alt-Scherbitz, siamo certi di dare dei numeri piuttosto a scapito della Colonia (o, se si vuole, sezione tran-



quilli), attribuendo al comparto d'osservazione 70 malati, a quello d'isolamento 30; 20 all'infermeria, e 130 alla Colonia. Ammesso questo, volendo cercare di distribuire razionalmente le ore di lavoro per gli infermieri, bisogna cominciare dal distinguer bene il numero d'infermieri necessariamente presenti nei diversi periodi della giornata nei diversi comparti, dal numero totale d'infermieri di cui deve disporre il Manicomio.

Prendiamo le mosse dal servizio notturno. Se nel comparto d'osservazione ci sono 70 malati, occorreranno due guardie notturne; una sola guardia notturna sarà necessaria in ciascuno degli altri tre comparti. A letto, per essere chiamati in caso di bisogno, sarà più che sufficiente se ci saranno 8 infermieri nel comparto d'osservazione, 5 in quello d'isolamento, 2 nell'infermeria e 10 nella Colonia. Questi, che hanno dormito in Manicomio, prendono alle 6 in consegna i comparti rispettivi dalle guardie notturne e fanno il servizio dalle 6 alle 12, sempre nei comparti dove hanno dormito. Alle 12 subentrano altri infermieri, in numero di 5 per il comparto d'osservazione, 4 per il comparto d'isolamento, 2 per l'infermeria. Questi stanno in servizio fino alle 20, allorchè cedono il posto alle guardie notturne.

Gl'infermieri del comparto tranquilli (Colonia), data la natura speciale e la poca gravosità del servizio, hanno alternativamente 48 ore di servizio (potendo dormire dalle 20 1/2 alle 5 1/2 ogni notte) e 24 ore di libertà. Ammesso che 10 infermieri debbano sempre essere presenti (1 su 13 malati), ne viene che, ogni 24 ore, 5 di essi sono sostituiti. Il loro numero totale è 15 (16 con la guardia notturna). Negli altri comparti la giornata viene divisa in tre parti: dalle 20 alle 6, dalle 6 alle 12 e dalle 12 alle 20. Ogni infermiere non ha da fare che una di queste terze parti, non deve quindi restare al Manicomio che un certo numero di ore, cambiando per turno solo, ad es., ogni 15 giorni. Così per 15 giorni un infermiere dovrebbe fare la guardia notturna - con le norme da noi dette nella nota in proposito (1); per altri 15 giorni non avrebbe che 6 ore di servizio - ma le 6 ore più faticose, più l'obbligo di dormire in Manicomio, dove avrebbe il dovere di ritirarsi fra le 21 e le 22. Per altri 15 giorni un infermiere avreb-

---

1) Questo *Bollettino* 1899 N. 1 e 2.

be 8 ore di servizio, dalle 12 alle 20, con l'obbligo di trovarsi in Manicomio naturalmente circa alle 11 1/2; in fine per altri 15 giorni avrebbe il servizio della Colonia o comparto tranquilli, con l'orario sopradetto. Dopo due mesi l'infermiere ricomincerebbe da capo in quel comparto per il quale ha mostrato più attitudine. L'esperienza insegnerebbe poi se il periodo di tempo più opportuno al cambiamento è di 15, 30 o più giorni; se e come i diversi infermieri, cambiando ora di servizio, potrebbero anche cambiare comparto, se e fino a che punto sarebbe opportuno lasciare infermieri fissi in un dato comparto, ecc. Non parlo di una sezione dozzinanti e del servizio per i medici, cose affatto distinte dal grande servizio generale del Manicomio. Purtroppo in appoggio di questo sistema non posso fornir dati di esperienza propria né altrui. Ma vediamo intanto quanti infermieri sarebbero in tutto necessari per un tale servizio:

| Ore    | COMP.<br>D' OSSERVAZIONE | COMP.<br>D' ISOLAMENTO | INFERMERIA | COLONIA | Totale<br>pres. |
|--------|--------------------------|------------------------|------------|---------|-----------------|
| 20-6   | 2                        | 1                      | 1          | 1       | 5               |
| 6-12   | 8                        | 5                      | 2          | 10-(5)  | 25              |
| 12-20  | 5                        | 4                      | 2          | 10      | 21              |
| Totale | 15                       | 10                     | 5          | 16      | 46              |

Per una sezione di 250 malati, con una distribuzione di servizio quale è da noi proposta, occorrono 46 infermieri, cioè in genere 1 infermiere su 5, 4 malati - e questo può essere dato come un massimo.

La ragione fondamentale, che mi farebbe all'occasione sostenitore di un tale sistema di servizio per gl'infermieri, l' ho già implicitamente esposta, rendere il loro lavoro più degno di esseri umani che di bruti. È una triste ironia l' esigere dagl'infermieri intelligenza, cultura, dignità; fornir loro, come avviene in certi manicomî, gabinetti di lettura, biblioteche, sale di conversazione e di sport, e non dar loro il tempo di approfittarne. Se uno ha libero un giorno la settimana, non penserà certo d'istruirsi duran-

te quelle ore. È anzi un danno e un pericolo notevole il far vedere e il far desiderare i vantaggi della istruzione e dell'educazione elevata, negando d'altro lato e togliendo la possibilità materiale che questi vantaggi siano raggiunti. Il medico di manicomio, compiuto il proprio ufficio, ha ancora a sua disposizione ogni giorno, in media, 15-20 ore da dedicare al riposo, alle cure della propria salute fisica, della propria cultura, della propria famiglia e dei propri interessi. Un infermiere o una infermiera (sia detto qui per incidenza, io non so perchè infermieri e infermiere non siano interamente equiparati nel servizio come nelle paghe, e siano escluse dai manicomi le donne maritate) - un infermiere dunque, o una infermiera è così legata al servizio, che nè di altri interessi, o di famiglia, o di cultura o di igiene fisica può esser parola.

In paesi più civili e più ricchi del nostro ci sono manicomi e cliniche dove il rapporto fra infermieri e malati è di 1: 5, superiore quindi a quello che si esigerebbe per il nostro sistema.

Anche in quei paesi, se esiste il denaro, la distribuzione e l'amministrazione di questo risentono ancora di epoche barbare, giacchè nonostante il rapporto di 1 a 5, gl'infermieri escono una volta alla settimana. Sicchè l'unica obiezione al sistema non può riferirsi che al grado di cultura e di educazione civile del paese: in altre parole l'obiezione si ridurrebbe a definire il sistema, nemmeno poco pratico, ma solo troppo ideale, utopistico.

Eppure, anche oggi, solo con un pò di passione disinteressata alla propria specialità da parte dei medici ed amministratori di Manicomi, la cosa sarebbe indubbiamente possibile in buona parte dei paesi civili.

Siano infermieri ordinari di Manicomio solo coloro che hanno frequentato con profitto i corsi teorico-pratici preparatori tenuti dai medici alienisti; sappia il medico Direttore creare nell'istituto un ambiente morale elevato, esigendo da tutte le persone che lo compongono una condotta sempre e dappertutto dignitosa, inappuntabile; ispirino i dottori un pò d'interesse, d'entusiasmo per la specialità, eccitando insieme l'amor proprio e lo spirito di corpo del personale, e cerchino di elevare gl'infermieri a gruppo professionale - e il sistema nuovo, o qualche cosa di analogo, forse anche più liberale, verrà come logica, necessaria, inevitabile conseguenza.

## BIBLIOGRAFIA

*Atti del primo Congresso Pellagrologico interprovinciale* (Padova 8, 9, 10 Aprile 1899), pubblicati a cura dei Segretari del Congresso Ing. G. B. Cantarutti e Dott. A. Randi. Udine, 1899.

È stato pubblicato fino dallo scorso Agosto questo volume degli *Atti* del primo Congresso pellagrologico, tenutosi in Padova nell'Aprile per iniziativa della Commissione Provinciale di Udine. Detto volume rappresenta senza dubbio un documento solenne della generale preoccupazione, dalla quale e medici e classi dirigenti sono invasi per lo estendersi della malattia, e della profonda convinzione che si debba finalmente iniziare forte, continua la lotta contro la medesima, che miete vittime innumerevoli, sottrae all'economia del paese immense forze e degrada e abbrutisce la nostra razza.

Al Congresso non solo furono rappresentati il Governo e moltissime Provincie, ma convennero numerose rappresentanze, molte delle quali composte in massima parte di amministratori che, fatta qualche eccezione, gareggiarono con i medici stessi nella discussione dei temi e nell'entusiasmo che desta una santa causa come questa.

Gl'intenti a cui mirarono gl'intervenuti al Congresso erano determinati dalla trattazione dei seguenti argomenti:

- a) indicare le istituzioni più adatte ed efficaci per la cura preventiva della pellagra;
- b) fissare i metodi più adatti al loro funzionamento;
- c) suggerire moduli uniformi, amministrativi e statistici, per un censimento nominativo dei pellagrosi;
- d) trattare intorno alla coltura e consumo del maiz, ed ai provvedimenti legislativi atti a diminuire la produzione di talune qualità, a migliorare i metodi di conservazione, a regolare la sorveglianza sulle importazioni di esso e sul consumo del granoturco guasto;
- e) indicare le norme migliori per la vigilanza igienica sui generi alimentari nei comuni rurali, ed i provvedimenti più adatti a facilitare la vendita a prezzi miti dei più necessari di tali generi, ottenendo possibilmente la sostituzione dei meno buoni attualmente in uso nelle classi agricole con quelli più nutrienti.

Per ciascuno di questi argomenti erano stati preventivamente formulati alcuni quesiti, la cui trattazione era stata dalla Commissione Provinciale di Udine affidata a membri delle Commissioni delle diverse Provincie, i quali al Congresso ne furono relatori.

Le discussioni che sui diversi quesiti si stabilirono furono ampie, severe e ordinate, e ciò senza dubbio si deve alla serietà di cui erano compresi tut-

ti i Congressisti e alla rara intelligenza e abilità del Comm. D'Ancona di Padova, Presidente del Congresso.

Le deliberazioni prese furono concrete ed efficaci allo scopo precipuo di seguire un comune, uniforme indirizzo nella lotta contro la pellagra.

Non è possibile riferire qui tutte le conclusioni formulate dai Relatori e modificate e accettate dal Congresso per i diversi argomenti. Per ciò rimandiamo all'originale.

Diremo soltanto che fu generalmente confermato una volta di più essere il granturco e specialmente il granturco avariato la causa principale della pellagra, e fu quindi stabilito di cercare con tutti i mezzi che la coltivazione del mais sia più che è possibile limitata, e che sia provveduto, dove non sieno sufficienti alla perfetta essiccazione i mezzi naturali, coll'impianto di essiccatoi artificiali.

Fu unanimemente riconosciuto, essendo la buona alimentazione, con la esclusione del mais, il mezzo principale sul quale si fonda la cura e la profilassi individuale della pellagra, che debbano incoraggiarsi ed aiutarsi tutte le istituzioni che possono raggiungere questo scopo, sieno locande sanitarie, pellagrosari ecc.

Si ritenne necessario di stabilire una direzione continua per l'esplicamento della lotta contro la pellagra, e perciò fu deliberato che la Commissione Provinciale di Udine, di cui è Presidente l'Egr. Avv. Cav. L. Perissutti, venisse costituita in *Comitato permanente* per la direzione e l'organizzazione dei successivi Congressi o per invigilare alla possibile uniformità d'azione delle singole Commissioni in relazione ai voti deliberati.

Finalmente fu scelta Bologna quale sede del secondo Congresso nel 1902.

Il volume degli *Atti*, che dagli egregi Ing. G. B. Cantarutti e Dott. A. Randi è stato con intelligente esattezza e con una sollecitudine più unica che rara dato alle stampe, è una prova della grande e sapiente attività delle persone scelte per dirigere la lotta contro la terribile malattia. Ad ognuno dei membri delle Commissioni Provinciali incombe il dovere di diffonderne la lettura per raggiungere più presto e nel modo migliore lo scopo che la lotta medesima si prefigge.

---

Direttore -- R. TAMBRONI.

Redattori -- CAPPELLETTI - FINZI - LAMBRANZI - VEDRANI.

**Società di Patronato per i pazzi poveri dimessi dal Manicomio.**

Somma precedente . . . . L. 1351. 69

Provenienza malati . . . . » 1. 75

**Totale . . L. 1353. 44**

*Movimento dei malati nel mese di Luglio 1899*

|         |                                       | Esistenti |     | Entrati |    | USCITI  |   |          |   |                    |   |                       |    | Morti |     | Rimasti |  |
|---------|---------------------------------------|-----------|-----|---------|----|---------|---|----------|---|--------------------|---|-----------------------|----|-------|-----|---------|--|
|         |                                       |           |     |         |    | guariti |   | miglior. |   | non mi-<br>giorati |   | per non<br>ver. pazz. |    |       |     |         |  |
|         |                                       |           |     |         |    |         |   |          |   |                    |   |                       |    |       |     |         |  |
| U       | D                                     | U         | D   | U       | D  | U       | D | U        | D | U                  | D | U                     | D  | U     | D   |         |  |
| Appart. | { Prov. di Ferrara<br>altre Provincie | 202       | 196 | 18      | 13 | 4       | 1 | 1        | 1 | 2                  |   |                       | 10 | 3     | 205 | 202     |  |
|         |                                       | 25        | 15  | 4       |    |         |   | 1        |   | 2                  |   |                       |    |       | 28  | 13      |  |
|         |                                       | 227       | 211 | 22      | 13 | 4       | 1 | 2        | 1 | 4                  |   |                       | 10 | 3     | 233 | 215     |  |

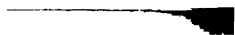
*Movimento dei malati nel mese di Agosto 1899*

|         |                  |     |     |   |   |   |   |   |   |   |  |   |  |   |   |     |     |
|---------|------------------|-----|-----|---|---|---|---|---|---|---|--|---|--|---|---|-----|-----|
| Appart. | Prov. di Ferrara | 205 | 202 | 2 | 4 | 4 | 1 | 5 | 2 | 5 |  | 1 |  | 2 | 2 | 190 | 201 |
|         | altre Provincie  | 28  | 13  |   |   |   |   |   |   | 1 |  |   |  |   |   | 27  | 13  |
|         |                  | 233 | 215 | 2 | 4 | 4 | 1 | 5 | 2 | 6 |  | 1 |  | 2 | 2 | 217 | 214 |

*Movimento dei malati nel mese di Settembre 1899*

|         |                  |     |     |    |   |   |  |   |   |  |  |   |  |   |   |     |     |
|---------|------------------|-----|-----|----|---|---|--|---|---|--|--|---|--|---|---|-----|-----|
| Appart. | Prov. di Ferrara | 100 | 201 | 10 | 5 | 7 |  | 4 | 5 |  |  | 1 |  | 2 |   | 187 | 201 |
|         | altre Provincie  | 27  | 13  | 1  | 1 |   |  | 1 |   |  |  |   |  | 1 |   | 27  | 13  |
|         |                  | 217 | 214 | 11 | 6 | 7 |  | 5 | 5 |  |  | 1 |  | 2 | 1 | 214 | 214 |







Anno XXVII

Fasc. IV

---

# BOLLETTINO

DEL

## MANICOMIO PROVINCIALE DI FERRARA



FERRARA  
Tipografia dell' Eridano  
1900



## **La trasformazione del sonno in narcosi**

del Dott. Ruggiero Lambranzi

### **I.**

Nella osservazione di un fenomeno patologico sociale, il delitto, noi assistiamo a lo svolgimento di una tendenza evolutiva per la quale sembra che a la delinquenza violenta vada sostituendosi la delinquenza astuta. Ciò fu detto ancora - e le sue cause, certamente complesse, sono forse da ricercare nell'accresciuto spirito di difesa individuale e collettiva, nella evoluzione del fattore economico inteso e come lavoro e come provento, ossia massimamente in quelle stesse cause che determinano il fatto fisiologico della lenta e fatale trasformazione della società militare in società industriale.

Non è qui il caso di dimostrare o di svolgere questa tesi; per rendersene conto basta solo per un istante guardare indietro e intorno, senza nemmeno uscire da la nostra terra, ad alcuni fatti dimostrativi. Il brigante classico, pronto a la bestemmia e a la giaculatoria, con le mani poderose guernite del trombone e del rosario, è ormai confinato in qualche angolo aspro della Sardegna e forse in qualche macchia della Sicilia; e, quantunque in tragica statistica ci sfilii ancora dinanzi una folla di violenti nati, di violenti d'occasione e di passione, ognuno s'avvede che l'aggressore omicida, l'assassino professionale tende ad isolarsi e però tramonta o si trasforma.

Per converso la delinquenza astuta s'ordina, si moltiplica e si dimostra in tal guisa che, ad esempio ora, dilagando nell'affarismo, ha saputo acquistare tal forza di espansione da colpire perfino il cuore dello Stato.

È evidente che, mentre noi assistiamo al tramonto del fenomeno violento come a la scomparsa di un anacronismo, la delinquenza astuta ci apparisce come una logica espressione attuale; il suo rigoglio è tutto nell'adattamento a l'ambiente, al quale si è foggiate cedendo a le nuove tendenze col comporsi un nuovo

e profittevole costume. Però appunto ai nuovi mezzi della vita, della lotta e della protezione sociale essa oppone un raffinamento di abilità e talora d'ingegno e di coltura, così che la vediamo giungere fra lo stupore universale a sfruttare pel suo perfezionamento anche le cognizioni scientifiche offerte da la provvida vulgarizzazione degli studî.

Uno dei modi più strani e ingegnosi di questo sfruttamento scientifico si rileva nel così detto *furto da cloroformio*. Un individuo è cloroformizzato nel sonno e derubato poi con ogni comodo dal ladro diventato sperimentatore.

È ciò possibile?

Sono alcuni anni che le croniche giudiziarie parlarono di furti portentosi pei quali questo mezzo parrebbe dover essere stato usato, altrimenti neppur ora si potrebbe interpretare l'inesplicabile sonno di persone intorno a le quali si poterono impunemente scassinare porte e forzieri e su le quali si scomposero gli abbigliamenti e forse anche fu talora commessa violenza carnale.

Tali fatti diedero luogo a meraviglia e clamore del volgo, a dotte discussioni peritali volte a dimostrare con argomenti aprioristici o d'analogia la possibilità (Tourdes<sup>1</sup>, Buisson<sup>2</sup>) o meno (Snow<sup>3</sup> nel 1850, Cucuel<sup>4</sup> nel 1873) dell'anestesia delittuosa nel sonno ed anche a provvedimenti legislativi (p. es. al Parlamento inglese nel 1851 Lord Campbell propose su ciò uno speciale articolo: *prevention of offences bill*); questi tuttavia altrettanto encomiabili quanto inutili, poichè, non essendo allora risoluto il problema del possibile passaggio incosciente da sonno normale a sonno cloroformico, e però ognuno divagando nella teoria, si perdeva di vista il punto di partenza della questione, quello proprio che bisognava prima di tutto illuminare.

Qualche tentativo sperimentale a questo scopo fu fatto pertanto sul sonno dei cani (S. Rogers, 1871<sup>5</sup>; Dolbeau, 1873<sup>6</sup>), ma non riuscì a nulla, perchè ogni volta che si esponevano i vapori

---

1) *Gazette Hebdomadaire de Méd. et de Chir.* 1866.

2) Cit. da Gurrieri.

3) 4) Cfr. nel *Dictionnaire des Sciences Médicales* (Dechambre) l'Art. *Sommeil* di Tourdes 1881.

5) *Soc. Medico-Legale di New-York*: Chloroforme used to facilitate robbery.

6) Rapporto a la Società Medico-Legale di Parigi.

di cloroformio al fluto dell' animale si aveva il risveglio; tuttavia, quando si pensi solo a l'acutezza dei sensi di cotesti soggetti d' esperimento cosi diversa rispetto a quelli dell' uomo, si comprende di leggieri come con tali prove non si potesse giungere a buon fine.

Dolbeau nel 1874<sup>1</sup>, Gurrieri, nel 1895<sup>2</sup> si occuparono con una certa larghezza dell'argomento e provarono su l'uomo. Nei loro studi sono raccolte le pochissime notizie storiche che ho dianzi esposto nel loro tenue risultato e complessivamente 38 osservazioni, 29 del primo e 9 del secondo. Entrambi giungono a la principale conclusione, ammettendo la possibilità di poter anestetizzare col cloroformio una persona che dorma, senza svegliarla.

Dolbeau viene in tale giudizio a traverso molte restrizioni dubitose intorno a le varie condizioni individuali dei soggetti in rapporto al sesso, a l'età, a le abitudini, a lo stato di salute ecc., che egli crede possano in grado diverso influire nel modificare il rapporto positivo di circa 1 : 3 ottenuto nelle sue esperienze. Pure il Gurrieri lascia intravedere gravi difficoltà di riuscita, delle quali alcune, ugualmente al Dolbeau, riferisce al grado di purezza del cloroformio e a la maggiore o minor pratica dello sperimentatore ed altre a la intensità del sonno che deve essere, secondo lui, sempre completo e profondo per potersi trasformare con relativa facilità in narcosi.

Le restrizioni di Dolbeau sono certamente giustissime, ma è ben difficile toglierle tutte di mezzo con nuovo studio, poichè richiederebbero di estendere le esperienze a un numero assai grande di persone sane, ciò che è assolutamente impossibile di ottenere anche a chi svolga i suoi studi nelle condizioni più favorevoli; tuttavia sono almeno in parte suscettibili di eliminazione quando siano diligenti l'anamnesi e l'esame clinico dei soggetti d'esperimento, quando su di ognuno si ripetano opportunamente le prove e quando, come è debito giusto, si tenga conto delle conoscenze generali che ci ammaestrano su la fisiologia del sesso e della evoluzione umana e su le influenze dell'ambiente.

Rispetto a la pratica di chi porge l'anestetico (Hofmann) e a la purezza di questo, si può dire bensì che abbiano grande

---

1) Rapporto ecc. e *Annales d'Hygiène publique et de Méd. leg.* Tome XLI.

2) *Rivista Sperimentale di Freniatria e di Medicina Legale.* Fasc. I.

valore pei varî confronti di chi esperimenta, ma non possono entrare in discussione nei varî giudizi ai quali è indotto il medico legale dinanzi al fatto compiuto, poichè sfuggono a l'obbiettività della indagine.

Ma, guardando poi più addentro, non è difficile avvedersi che tutte le speciali condizioni che possono influire su l'esito delle prove si debbono necessariamente tradurre o comprendere nello speciale stato di sonno dei diversi soggetti; pertanto Dolbeau tratta vagamente di questo punto e Gurrieri, pure considerando come condizione necessaria la profondità del sonno, non mi sembra che abbia svolto su ciò osservazioni adeguate a l'importanza della cosa.

Ora invece io penso che solo da osservazioni sperimentali del sonno, considerato fisiologicamente e rispetto a le eventuali oscillazioni nel corso della sua curva notturna e rispetto a le modificazioni possibili per diverse influenze, si possano ottenere i giusti dati per giudicare con una relativa sicurezza e con qualche dettaglio intorno a la questione della possibilità di procurare la narcosi nel sonno a scopo delittuoso.

Però, avendo in corso da alcun tempo una lunga serie di esperienze su la *profondità del sonno*, non ho voluto tralasciare di valermi di alcuna di esse per lo studio di questo argomento così importante per la medicina forense.

Espongo ora brevemente le prove fatte cloroformizzando con una pezzuola imbevuta di liquido a momenti opportuni e usando cloroformio della Ditta Inglese Duncan Flockhart e Comp.

Oss. I - A. C. d'anni 46 contadino. Sana eredità. Non ebbe mai malattia e fu sempre lavoratore indefesso; è padre di prole robusta; si alimentò sempre frugalmente. Nel cuore dell'estate fu colto da diarrea e febbre con lievi sintomi nervosi, pei quali fu ricoverato a l'Ospedale Civile. Di lì, avendo presentato segni di eccitamento psichico, fu trasportato al Manicomio. La forma di psicosi da esaurimento si attenuò subito e guarì rapidamente. L'esame obbiettivo del 20 Luglio si riassume così: costituzione robusta, nutrizione perfetta, organi della vita vegetativa normali, sistema nervoso ed organi dei sensi normali; psiche assolutamente sana. Fu trattenuto nell'Istituto per alcune esperienze fisiologiche. Non è alcoolista nè fumatore.

*Sonno* di media profondità: curva costante, di media altezza, a decorso continuo, che si traccia sempre benissimo con stimoli uditivi, visivi e misti, mai con stimoli olfattivi (quest'ultimo fatto è comune, perciò che mi consta,

a tutti i normali; è pure costante in tutti i miei soggetti d'esperimento). Reazione facile del V.° paio a soluzioni di Az.H 3 al 50 0/0.

1. Esp. Ore 2 - 2 1/4 di sonno. Rapide reazioni respiratorie anche tenendo la pezzuola imbevuta di cloroformio (versato a 5-10 gocce per volta) a cinque o sei centimetri da le narici; movimenti degli arti; risveglio dopo circa 5 minuti. Non s'è accorto di nulla (come sempre).

2. Esp. Ore 1 - 1 1/4 di sonno. A intervalli reazioni motorie semplici persistenti anche dopo 10 minuti; vanno poi gradatamente scemando, e sui 15-20 minuti, essendo già cessate, si stimola l'infermo inutilmente con forti rumori. Aggiungendo poi a questi stimoli forti scosse e luce viva, si riesce a fargli aprire gli occhi e balbettare qualche parola. Riprende subito un sonno calmissimo.

3. Esp. Ore 4 1/2 di sonno. Scarse reazioni motorie; risveglio dopo circa 6 minuti.

4. Esp. Ore 2 1/2 di sonno. Reazioni respiratorie; troncamento della inspirazione, lunga pausa ed espirazione violenta ogni volta che si tenta di avvicinare la pezzuola a le narici; scosse lievi del capo; dopo 4 o 5 minuti profondo sospiro e moto di protezione brusco del capo, si frega gli occhi con ambo le mani. Dopo 7-8 minuti nuovo atto di protezione e risveglio.

Oss. II. - P. P. d'anni 38. Figlio di alcoolista cronico. Non fu mai ammalato sino a 26 anni; dopo, in seguito a spavento, ebbe a lunghi intervalli crisi istero-epiletiche (forse simulate), le ultime datano a 2 anni or sono. Non è alcoolista, è discreto fumatore, ha tendenze spiccatissime a l'ozio e a la truffa. Costituzione fisica molto vigorosa, perfetta salute di tutti gli organi della vita vegetativa; ottundimento lieve delle varie sensibilità. Organi dei sensi di normale funzione, fuor dell'olfatto, che non è molto fine; nessuna deficienza psichica notevole fuori che della affettività e del senso morale.

*Sonno leggero.* La curva del sonno bassa è facilmente interrotta tanto dagli stimoli uditivi che visivi: una soluz. al 50 0/0 di Az.H 3 stimolando il riflesso della mucosa nasale procura il risveglio.

1. Esp. Dorme da 4 ore. Fin da le prime aspirazioni dei vapori cloroformici dà lieve segno di reazione motoria stirando gli arti inferiori; quantunque s'usi la cautela di allontanare e avvicinare opportunamente la pezzuola, reagisce di mano in mano più complessamente stirando tutte le membra, volgendo il volto di lato; in capo a 6-7 minuti si desta.

2. Esp. Ore 1 1/4 di sonno. Dopo circa cinque minuti d'inalazione si passa una mano sul volto come per allontanare una cosa molesta; dà segno di qualche reazione respiratoria con profonde inspirazioni seguite da lunga pausa; il sonno poi continua calmissimo; dopo 12 minuti forti stimoli uditivi, tattili, visivi non lo destano; l'aspirazione di soluzione al 50 0/0 di Az.H 3 non provoca riflesso evidente.

3. Esp. Ore 1 1/4 di sonno. Dopo 4 o 5 minuti reagisce con qualche movimento del capo; dopo 10 minuti circa si sveglia.

4. Esp. Ore 5 3/4 di sonno. Fin da principio, a brevi intervalli reagisce lievemente; volge poi il capo, si passa la mano sul volto; ad ogni reazione si sospende l'inalazione per riprenderla subito; dopo una decina di minuti si sveglia d'improvviso. Dice di sentire un gusto indefinito (ha veduto la boccetta.)

Oss. III. - A. V. d'anni 31. Il padre più che settantenne è demente senile, una sorella fu malata di mente. Giovanotto di costituzione fisica perfettamente sana, mangiatore e fumatore formidabile, non alcoolista; è debole di mente, ma sa leggere e scrivere e compie ogni servizio con molta diligenza; solo per la grande timidezza e povertà di energia, che lo rendono inetto al difficile vivere sociale durante un tempo un po' lungo, è necessario il suo ricovero nell'Istituto. Gli organi dei sensi funzionano normalmente.

*Sonno* abitualmente profondo: la curva suol essere alta per ogni stimolo; si interrompe a fatica e non sempre con aspirazione di Az. H 3 al 50 0/0. Solo è da osservare che la grande facilità del V. a l'emozione paurosa può facilmente turbare la curva, sia rispetto a l'altezza che al decorso; appunto durante i primi tempi nei quali si cercava di studiare il suo sonno, qualche chiacchiera o qualche preparativo cloto a volo, il mutare di stanza per necessità di esperimento, ecc. l'avevano commosso così da trasformare il suo sonno profondo in una dormiveglia agitata e interrotta o in sonno leggero. La prima esperienza col cloroformio risale a quel tempo.

1. Esp. Dorme da 1 ora e 1/4 circa. Reagisce con movimento degli arti superiori e inferiori dopo 2-3 minuti, apre gli occhi dopo 5. Dice di avere sentito un certo odore.

2. Esp. Ore 2 1/2 di sonno. Per 10 minuti fa aspirazioni lente e regolari senza alcuna reazione; allora lo si tocca sul volto, gli si alzano le coperte di dosso, lo si chiama per nome senza riuscire a destarlo, afferrato pei fianchi si desta di soprassalto. Non s'è accorto di nulla.

3. Esp. Dorme da 1 ora e 1/4. Respira senza dare altro che lievi segni di reazione motoria semplice sul principio. Dopo 10-12 minuti fortissimi stimoli misti non riescono a svegliarlo. Ripetendo gli stessi stimoli a 1/4 d'ora circa di distanza, si sveglia di soprassalto.

Oss. IV. - B. G. d'anni 24 barbiere. Eredità neuropatica. Ebbe manifestazioni neuropatiche nella infanzia e nella prima giovinezza, ma lievi e a intervalli lunghi; in società era considerato semplicemente un individuo *nerroso*; buono di carattere, abbastanza intelligente, buon lavoratore; non alcoolista, non fumatore. Due anni fa cadde in equivalenti isterici strani che lo spinsero al crimine; l'esame obbiettivo d'allora dimostrò note somatiche dell'isterismo. Da circa un anno e mezzo le manifestazioni della sua vita psichica e fisica sono normali; fa abilmente il cameriere nell'Istituto; l'e-



same obbiettivo completo non dimostra alcun segno anormale, l'esame psichico rivela solo una facile emotività.

*Sonno* abitualmente di media intensità: la curva di media altezza per ogni stimolo è alterata facilmente per emozione depressiva (timore, attesa) e per ingestione di caffè; per tali influenze si ha insonnia o sonno leggero o sonno interrotto.

1. Esp. Ore 1 1/2 di sonno. Lievi reazioni motorie durante i primi 10-12 minuti di inalazione, tuttavia respirazione sempre calma e regolare; dopo 15 minuti toccandolo sul petto nudo, sul volto, tirandogli i baffi e facendo rumore intorno non si ottiene risveglio.

2. Esp. Ore 0,30 di sonno. Subito a le prime inalazioni fatte anche a distanza si hanno reazioni respiratorie e verbali (piccolo lamento); dopo circa 2 minuti apre gli occhi e risponde a le dimande senza essersi accorto di nulla.

3. Esp. Ore 6 di sonno. Reazioni motorie stirando gli arti inferiori, movimento di protezione volgendo il volto di lato e passandosi la mano sul volto dopo 5-6 minuti d'inalazione; dopo forse 8-10 si sveglia.

Oss. V. - G. M. d'anni 20. Esposto; frenastenico non grave di carattere buono, che va soggetto a periodi lontani di eccitamento; l'ultimo data a 5 mesi fa. Fuori di questi conduce vita normale, è buono e diligente lavoratore; non è dedito ad alcool, nè a fumare. Costituzione fisica robustissima; organi della vita vegetativa, sistema nervoso, organi dei sensi, nulla di notevole.

*Sonno* abituale di media profondità. La curva si ottiene bene specialmente con gli stimoli uditivi; ma non è molto costante, sia rispetto a l'altezza, sia, e massimamente, rispetto al decorso senza che sia sempre possibile rilevare le cause di questo turbamento.

1. Esp. Ore 1 1/4 - 1 1/2 di sonno. Respira regolarmente, fa alcuni gesti di protezione volgendo di momento in momento il capo, senza tuttavia nascondere il volto; tali movimenti si ripetono ogni 2-3 minuti e non corrispondono sempre a le nuove aggiunte di cloroformio su la pezzuola; dopo 8-10 minuti fa un gesto di protezione stropicciandosi energicamente il naso con la mano. Non essendosi destato, si riavvicina il fazzoletto a le narici e non si ottengono più che modiche reazioni motorie; dopo 20 minuti la respirazione è calmissima; si palpa, chiama, scuote il giovane inutilmente.

2. Esp. Ore 1 1/4 - 1 1/2 di sonno. Si hanno molte reazioni semplici e complesse; dopo circa 10-12 minuti si desta senza essersi accorto di nulla.

3. Esp. Dorme da 3 ore. Reagisce fino da le prime inalazioni e si desta dopo 1-2 minuti.

4. Esp. Dorme da ore 6 1/2 circa. Reagisce fino da le prime inalazioni e si desta dopo 1-2 minuti.

5. Esp. Dorme da ore 4 1/2. Si scuote a la prima inalazione e apre subito gli occhi.

6. Esp. Dorme da 5 ore 1½. Si desta subito.

Oss. VI. - G. L. d'anni 58 contadino. Eredità neuropatica. Sempliciotto e bizzarro fino dalla fanciullezza e stimato poi sempre *mattoide* dai compagni di lavoro. Ha un figlio imbecille. Fu ricoverato nell'Istituto, l'unica volta, 4 mesi fa essendo caduto in uno stato di eccitamento psicomotorio piuttosto grave dopo la morte di un figlio ventenne; era molto scaduto nella nutrizione generale, insonne, logorroico, disordinato. Migliorò rapidamente (fu dimesso il 28 Settembre). Costituzione abbastanza robusta, organi della vita vegetativa sani; lieve ottundimento della sensibilità generale; organi dei sensi: vista, udito, gusto normali, olfatto un po' debole tanto per gli odori intensi che potenti (distinzione di Passy).

*Sonno* mediocre. Curva di media altezza, costante e a decorso continuo; la si ottiene benissimo con gli stimoli uditivi e visivi; il risveglio non è determinato tanto facilmente da la soluzione al 50 0/0 d'Az. H 3.

1. Esp. Ore 0.45 - 1 di sonno. Fino da le prime inalazioni a distanza si nota irregolarità di respiro transitoria; volge poi il capo di lato; si sveglia dopo 3-4 minuti.

2. Esp. Ore 1 1¼ - 1 1½ di sonno. Quasi senza dar segno alcuno di reazione inala cloroformio per circa 10 minuti. Allora gli stimoli che superano di gran lunga quelli soliti a risvegliarlo in questo periodo del sonno non servono a nulla. Solo stappandogli sotto il naso un barattolo di Az. H 3 pura si osserva un arricciamento del naso, cenno di arresto inspiratorio, ma non mostra di destarsi.

3. Esp. Ore 2 1½ di sonno. Rapida reazione e risveglio quasi subitaneo.

4. Esp. Ore 1 - 1 1¼ di sonno. Nessuna reazione, dopo 10-12 minuti non si riesce a troncare il sonno, altro che usando degli stimoli enormi e prolungati.

5. Esp. Ore 7 di sonno. Risveglio subitaneo a la prima inalazione.

6. Esp. Ore 4 di sonno. Reagisce subito arricciando il naso e alterando il ritmo respiratorio; ad ogni tentativo d'inalazione si ha uguale reazione; si sveglia dopo 3-4 minuti.

7. Esp. Ore 5 3¼ - 6 di sonno. Respira calmo quando la pezzuola è un po' lontana da le narici, ma appena la si avvicina egli arriccica il naso e scuote il capo pur continuando a dormire.

Proseguendo nella cloroformizzazione si osservano a intervalli spiccate reazioni motorie e protettive: distensione degli arti superiori e inferiori, stiramento di tutta la persona, scosse delle spalle e del capo ecc.; si hanno pure due reazioni verbali: borbottamenti confusi; i riflessi ascellare e plantare sono sempre desti. Tutto ciò nel corso di 10 minuti. Dopo s'osservano attenuarsi le reazioni generali e digradare i riflessi superficiali esaminati; in capo a 15 min. il sonno è profondissimo; chiamato, urtato, scoperto, rivoltato sul letto continua a dormire respirando sempre regolarmente.

Oss. VII. - L. S. d'anni 68. Eredità normale. Sempre sano sino a 56

anni; a quell'età dopo alcun tempo di febbri intermittenti, cominciò ad apparire depresso, incapace al lavoro, manifestò idee religiose, di rovina, ipocondriache; guarì completamente e persistette nella guarigione circa 2 anni, dopo dei quali si rinnovò la malattia mentale con eguali caratteri; nuova guarigione e quindi, dopo un intervallo di perfetta salute durato 7 anni, un terzo accesso. Ora è molto migliorato quantunque sempre un po' depresso e facile ai lagni ipocondriaci. Costituzione fisica sana. Organi dei sensi integri.

*Sonno* abitualmente leggiero. La curva si ottiene con stimoli molto bassi; è facilmente interrotta nel decorso.

1. - 2. Esp. Ore 1  $\frac{1}{4}$  di sonno. Reagisce con un lieve corrugamento del volto, poi con alterazione del ritmo respiratorio; dopo 2-3 minuti si desta passandosi una mano sul volto.

3. Esp. Ore 3 di sonno. Si sveglia a la prima inspirazione.

4. Esp. Ore 6 di sonno. Si sveglia a la prima inspirazione.

Oss. VIII. F. L. d'anni 40. Eredità psicopatica. È sempre stato sano di corpo e di mente. Non è alcoolista d'abitudine, nè fumatore. Su la fine d'Agosto di quest'anno in seguito a patemi d'animo e forse a una bevuta un po' forte ebbe una crisi convulsiva istero-epilettica, seguita da un po' d'inquietudine, delirio vago di persecuzione, tentativo di suicidio; tutto ciò in circa 8 giorni, dopo i quali si ristabilì completamente. Costituzione fisica molto vigorosa; l'esame obbiettivo dei vari sistemi non rileva nulla d'abnorme. Organi dei sensi normali; dimesso il 27 Settembre.

*Sonno* abitualmente di mediocre profondità. La curva si ottiene bene e, quantunque il S. stia di solito a letto 1-2 ore prima d'addormentarsi, segue l'andamento normale.

1. Esp. Ore 3 di sonno. Si sveglia a la prima inalazione.

2. Esp. Ore 1  $\frac{1}{4}$  - 1  $\frac{1}{2}$  di sonno. Aspira cloroformio per circa 10-12 min. senza dare alcuna reazione. Allora stimoli tattili, uditivi ecc. non lo svegliano: dopo trenta minuti, da la fine dell'esperienza, con gli stessi stimoli si ottiene il risveglio.

3. Esp. 1  $\frac{1}{2}$  ora di sonno. Si sveglia dopo 1-2 inspirazioni.

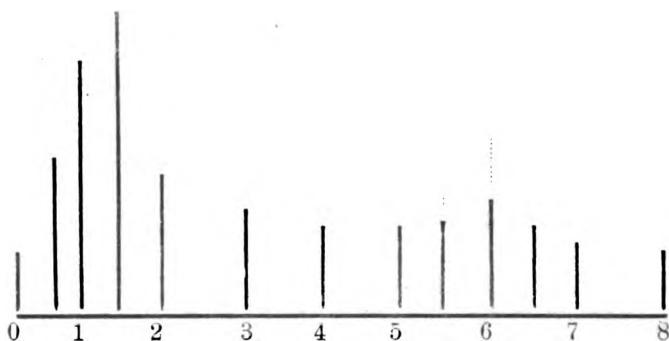
Prima di entrare nel commento dei risultati ottenuti in queste prove è d'uopo che in modo molto sommario esponga alcune conoscenze fondamentali ricavate da lo studio della *profondità del sonno*.<sup>1</sup>

E trascurando ora l'opera d'altri e i metodi da me usati, perchè saranno descritti altrove, debbo in primo luogo dire della curva del sonno che sono riuscito ad ottenere.

---

1) Un sunto di tale studio fu comunicato al X Congresso di Freniatria in Napoli - Ottobre 1899.

Questa, come appare nel rapido schema, traccia la linea dello stimolo minimo di risveglio durante un sonno di 8 ore: ascende



svelta e graduale nella prima ora e tocca un massimo nella prima parte della seconda, discende allora rapidissima da prima, poi a rilento e rimane da la terza a la quinta ora ad un limite basso più o meno uniforme; intorno a la metà della sesta ora si ha una nuova elevazione con ricaduta ancora rapida sul principio e poi lenta.

Questo il decorso normale; e la varia altezza complessiva della curva determina poi la varia profondità del sonno.

Il tipo della curva individuale sembra essere costante in un sano, regolato nel metodo di vita, che si corica e si leva ad ore abituali, ch'è sottoposto durante il giorno a stimoli di solito uniformi.

Ciò che, pur consentite queste condizioni, dimostra di oscillare in varia guisa è il secondo momento di maggiore elevazione, il quale - pure esistendo di solito e a un livello minore del primo - può talora giungere ad un'altezza eguale o maggiore e talora invece attenuarsi fino a non distinguersi nel tracciato; inoltre può facilmente essere spostato indietro o innanzi lungo il decorso.

Non è qui il luogo d'indugiarsi a spiegare l'origine di questi fatti, bensì è utilissimo constatarli rispetto al presente studio, tanto più che s'aggiungono ad altre differenze che distinguono questa seconda parte della curva da la prima.

Considerando il sonno durante la prima parte della curva (e stimando questa come divisa in due angoli il cui vertice è segnato dai due punti di maggiore altezza) si trova che l'attività ri-

flessa (<sup>2</sup>) già più lenta, come è noto, che a lo stato di veglia, decade gradatamente fino quasi a mancare nel tempo della maggiore profondità; inoltre il risveglio provocato da uno speciale stimolo d'intensità misurata è preceduto da poche reazioni respiratorie e motorie; ossia queste avvengono solo quando l'intensità progressiva degli stimoli usati giunge ad essere molto vicina a quella necessaria per troncare il sonno. Una reazione qualsiasi verbale, quando intervenga, è di solito concomitante al risveglio.

Durante la seconda parte della curva si ottiene sempre (o almeno quasi sempre) risposta a l'eccitamento superficiale anche quando gli stimoli si esercitano durante la grande altezza; procedendo poi con gli stimoli misurati pel risveglio si ottengono reazioni respiratorie e motorie molto prima di giungere al limite necessario per troncare il sonno; di più questo punto è spesso preceduto da reazioni verbali, le quali sono da considerarsi quasi sempre reazioni coscienti.

Dopo ciò si può dire che la seconda parte della curva del sonno, qualunque sia la sua altezza nel decorso complessivo (eccezion fatta di alcuni casi di profondità eccessiva) è caratterizzata rispetto a la prima da persistenza quasi costante dell'attività riflessa e da un minore silenzio (se così si può dire) della coscienza.

Per queste brevi e necessarie notizie noi potremo spiegare con maggiore chiarezza le nostre prove sperimentali. Infatti da la tabella riassuntiva, della quale i segni + e — indicano il risultato positivo e negativo della esperienza, noi apprendiamo:

|         | Ore di sonno |            |           |           |           |           |
|---------|--------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|         | 0.15-0.45    | 0.45-1 1/4 | 1 1/4 - 3 | 3 - 5     | 5 1/4 - 6 | 6 - 8     |
|         | Risultato    | Risultato  | Risultato | Risultato | Risultato | Risultato |
| Oss. I. |              | +          | — —       | —         |           |           |
| » II.   |              | + —        |           | —         | —         |           |
| » III.  |              | — +        | +         |           |           |           |
| » IV.   | —            | +          |           |           | —         |           |
| » V.    |              | + —        | —         | —         | —         | —         |
| » VI.   | —            | + +        | —         | —         | +         | —         |
| » VII.  |              | — —        | —         | —         |           |           |
| » VIII. | —            | +          | —         |           |           |           |

2) Giudicando comparativamente da un solo riflesso, p. es. il plantare, l'addominale ecc.

- che su otto individui sottoposti a le inalazioni dei vapori di clorofornio durante il sonno, sette poterono cadere almeno una volta in narcosi; uno solo vi fu costantemente refrattario;

- che, ripetuta su ciascuno dei sette la cloroformizzazione in ore notturne diverse, si ebbero dei risultati negativi e positivi e il numero dei primi risultò molto maggiore di quello dei secondi;

- che questi si ottennero quasi tutti durante un periodo di tempo che sta tra la fine della 1<sup>a</sup> ora di sonno e la metà della 2<sup>a</sup>, solo due caddero rispettivamente su la 3<sup>a</sup> e su la metà della 6<sup>a</sup> ora; invece le prove negative si ebbero con costanza nella prima parte della 1<sup>a</sup> ora di sonno, da la fine della 2<sup>a</sup> ora a la prima metà della 6<sup>a</sup> e poi dal principio della 7<sup>a</sup> a tutta l'8<sup>a</sup>; si ebbero con frequenza, ma non sempre, su la 2<sup>a</sup> parte della 6<sup>a</sup> ora e su la 3<sup>a</sup> e, infine, raramente da la fine della prima a la metà della 2<sup>a</sup> ora di sonno.

Qui dunque ci si avvede tosto che v'ha un rapporto forse costante fra l'esito dell'esperimento e l'ora nella quale lo si eseguisce. E l'ora del successo poi, date le conoscenze esposte, si può stabilire che sia quella che corrisponde a la 1<sup>a</sup> grande elevazione della curva di profondità del sonno: ossia a quei momenti in cui la coscienza dell'uomo è più assopita e l'attività riflessa è ridotta al minimum. La mancanza o la minore intensità di questi due stati durante il 2<sup>o</sup> rialzo della curva spiega come a questo tempo non corrispondano che raramente i risultati positivi (senza contare che questo 2<sup>o</sup> rialzo essendo più mobile e meno costante del 1<sup>o</sup>, può non essere facilmente incontrato) e un egual giudizio serve a maggior ragione per interpretare gli altri numerosi insuccessi che si sono avuti appunto in ore le quali, come ci suggerisce il semplice confronto fra la tabella riassuntiva e lo schema della profondità del sonno, corrispondono ai segni più bassi della curva.

Riandando poi tutte le otto osservazioni, nessun altro fattore, fuori di questo rapporto che da noi si rileva, può essere invocato per spiegare l'esito degli esperimenti; nell'unico caso in cui fallisce totalmente la prova del clorofornio (Oss. VII) il sonno è abitualmente leggero e ciò, volendo dire ancora che la breve altezza della curva impedisce l'esperienza, non fa che confermare direttamente il rapporto speciale. Tuttavia a questo proposito si può notare che, scelto il periodo opportuno, forse è in qualche

caso (Oss. II) possibile il passaggio in narcosi di un sonno leggero, così come in qualche altro caso di sonno profondo può essere invece possibile avervi buon esito nei primi periodi discendenti della curva (Oss. III.). Qui forse cominciano a far capolino le diverse condizioni individuali (confr. Oss. II. e VII; età, stato psichico), delle quali dovrò dire più innanzi, che impediscono le generalizzazioni assolute; ma al chiaro lume dei fatti, i quali dimostrano categoricamente come il successo sperimentale sia forse tutto legato a l' altezza della curva del sonno, mi sembra di essere senz' altro autorizzato a segnalare questa conclusione principale :

*La trasformazione del sonno in narcosi cloroformica è, più che possibile, probabile nel tempo in cui un sonno di mediocre o grande profondità raggiunge la 1.<sup>a</sup> maggiore altezza della sua curva - ossia da un' ora a un' ora e mezzo dopo che un individuo s' è addormentato -; nelle altre ore l' insuccesso è quasi sicuro: questo è pure probabilissimo quando la profondità del sonno sia abitualmente bassa.*

Alcune prove eseguite su individui il cui sonno non era stato misurato prima sperimentalmente, ma solo riconosciuto da informazioni raccolte e da l' osservazione diretta, appoggiano le nostre persuasioni :

Oss. IX. - M. idiota epilettico, anni 18, sonno profondo - Ore 1 - 1 1/4 di sonno. Risultato; + Ore 5 di sonno: Risultato —

Oss. X. - L. epilettico, anni 19, sonno mediocre; - Ore 1 - 1 1/2 di sonno, R. + - Ore 3 di sonno R. —

Oss. XI. - B. ipocondriaco, anni 43, sonno leggero; - Ore 1 - 1 1/2 di sonno, R. — ; Ore 5 1/2 di sonno R. — ; Ore 1 1/2 di sonno R. —

Oss. XII. - G. vecchio pellagroso guarito, anni 64, - sonno leggero; Ore 1 - 1 1/4 di sonno R. — Ore 0,45 - 1 di sonno R. —

Oss. XIII. - A. demente senile, anni 71, sonno mediocre; - Ore 1 - 1 1/4 di sonno R. + - Ore 5 1/2 di sonno R. —

Oss. XIV. - Vecchio del ricovero di mendicizia, anni 77, sonno leggero; Ore 1 di sonno R. — ; Ore 1 - 1 1/2 di sonno R. —

A la principale conclusione enunciata, la quale conferma la possibilità della narcosi cloroformica nel sonno già studiata da altri e di più — definendo il *periodo* del sonno nel quale la si può ottenere più facilmente — dà in gran parte la ragione dei risultati negativi e positivi, si aggiungono poi alcune altre conclusioni di secondaria importanza. Sono semplici constatazioni di

fatti osservati nel corso degli esperimenti e che, essendo già note (Gurrieri) non hanno bisogno di speciale dimostrazione:

l'individuo che si sveglia dal sonno interrotto da la inalazione dei vapori cloroformici non si suole accorgere di nulla (uno disse una volta d'aver sentito un gusto *indefinito* (Oss. II), ma egli aveva veduto la boccetta dell'anestetico; un altro disse d'aver sentito un *certo odore*, ma è già noto in quali condizioni emozionali si trovasse la sera dell'esperimento e come avesse avuto notizia di certi preparativi fatti (oss. III);

l'odore si dissipa subito dal luogo dove il cloroformio è usato (almeno in modica quantità);

Non è possibile misurare quanto cloroformio si adopera nell'esperienza, poichè, essendo spesso necessario allontanare la pezzuola dal soggetto durante la reazione prodotta da la inalazione dei vapori, molto ne va sperduto intorno inutilmente; con grande probabilità se ne usa sempre meno di ciò che occorre per addormentare un individuo desto.

---

Come appendice a questa prima parte del nostro studio stimai opportuno di provare se con la inalazione di altre sostanze anestetiche si potessero avere risultati come per l'uso del cloroformio.

Nella pratica chirurgica sono stati usati con maggiore o minore successo: *l'etere*, il *bromuro di metile*, il *pentale*, il *protossido d'azoto*; ma io naturalmente non poteva cimentarmi a provare col bromuro di metile e col pentale, che agiscono con grande e pericolosa rapidità (Albertoni, Giordano) nè, per difficoltà di provvedimento e d'uso, potei servirmi del protossido d'azoto, onde limitai le mie indagini a l'etere solforico. Fin da principio mi avvidi tuttavia che non poteva trarne alcun profitto, e già a *priori* si poteva diffidare della riuscita sapendo come il basso punto di ebollizione e la lieve densità dei vapori di tale sostanza rende più difficile e lenta la narcosi, e come il periodo di eccitamento — dovuto a paralisi dei centri inibitori — che precede la narcosi, sia più lungo di quello prodotto dal cloroformio (Baron).

Gli esperimenti furono fatti su gli stessi individui delle osservazioni I, II e III, con lo stesso metodo già usato per il cloroformio e facendo le inalazioni in varie ore notturne. Ecco i fatti



**raccolti:** Le inalazioni d'etere solforico purissimo in 3 individui dormienti da 1 ad 8 ore non sono mai riuscite a trasformare inconsciamente il sonno in narcosi, anche prolungandole per circa  $\frac{1}{2}$  ora (in questo periodo è anche compreso il tempo *inutile*, ossia quello in cui le inalazioni devono interrompere per le reazioni dei soggetti, per versare nuovo liquido, ecc.);

il soggetto durante l'inalazione manifesta reazioni respiratorie e motorie semplici e complesse come per il cloroformio e all'incirca con la stessa mancanza di regola e si sveglia dopo poche inspirazioni durante il tempo della minore altezza della curva del sonno, dopo anche  $\frac{1}{2}$  ora durante il tempo della prima maggiore altezza. In questo caso, quando si svegli completamente, avverte spesso l'odore caratteristico dell'etere (forse per la grande quantità che se n'è dovuta versare);

non è impossibile che il risveglio, quando l'inalazione dura molto, sia in parte procurato dai movimenti dello sperimentatore affaticato, dal cadere della curva della profondità del sonno fisiologico che può avvenire nel corso dell'esperimento, da stimolazioni indotte da la grande quantità dei vapori su la mucosa bucco-faringea e laringea e forse su la congiuntiva (spesso il soggetto si sveglia tossendo e talora dice che gli pizzicano gli occhi);

può darsi, ma non è consentito da la prova, che, prolungando *molto* l'eterizzazione, si possa talora far passare il sonno in narcosi, quando completamente sia tolta le possibilità d'ogni stimolo esterno.

## II

Noi siamo giunti fin'ora a rilevare una norma regolatrice generale per la trasformazione del sonno naturale in narcosi, basata in principale modo sul decorso complessivo e periodico della curva della profondità. Poste così per tanto le conoscenze fondamentali, è ora necessario ricercare quando e come possa codesta curva modificarsi in guisa da agevolare o da ostacolare il compimento dell'azione delittuosa.

Conoscendo per induzione e in parte sperimentalmente (Michelson) le grandi varietà individuali del sonno, pensando a la immensa varietà delle cause esteriori che possono modificare in momenti lontani e vicini lo stato fisico e psichico di un uomo, influenzando così il ritmo delle sue funzioni, è chiaro che per

questa parte meno che mai l'opera dell'osservatore può riuscire completa ed esauriente. Pur tuttavia, restringendo il compito a qualcuna delle cause più comuni e valendosi anche delle cognizioni d'indole generale, si può forse giungere a riunire qualche frutto.

E prima torna in acconcio di distinguere, più per miglior chiarezza che con stretto rigore scientifico, le influenze modificatrici del sonno in *intrinseche* e *miste*: intendendo per queste le influenze che sono intrinseche ed estrinseche nel medesimo tempo ed escludendo la distinzione di pure estrinseche, poichè io penso che in senso assoluto non ve ne sia alcuna, dovendosi sempre tener conto nel giudizio degli stimoli di fuori del singolo modo specifico e forse attivo di reazione, ossia di quel fattore individuale troppo spesso dimenticato nelle applicazioni della fisiologia e della patologia umana.

Come principali cause intrinseche sono da considerare: il sesso, l'età, la costituzione organica, lo stato di salute fisica e psichica.

In quanto a le prime l'osservazione anche non del tutto empirica ha già fissato delle leggi in gran parte vere: i bimbi e i giovanetti dormono più profondamente degli adulti, questi dormono più profondamente dei vecchi, le donne generalmente hanno il sonno più leggero degli uomini. Keerwagen (scuola di Kraepelin; metodo di Galton) su 142 donne trovò che il 63% avevano un sonno leggero, su 150 studenti e 113 uomini adulti trovò sonno leggero rispettivamente nel 42 e nel 44 per cento; egli notò pure che il sonno si fa sempre meno profondo con il crescere dell'età; che i bambini dormono più profondamente dei vecchi fu pure affermato da Burdach. Il sonno notturno lieve e scarso di alcuni vecchi si può anche confermare con l'osservazione della loro facile sonnolenza diurna. Rispetto a la costituzione organica e a lo stato di salute viene meno ancora una volta l'ampio sussidio sperimentale, ma ci soccorre largamente il patrimonio di altre conoscenze: tenuto conto delle speciali differenze rispetto al sesso e a l'età, l'individuo robusto, perfettamente fisiologico e metodico nell'uso della vita quotidiana ha un sonno che potrà essere di profondità abituale bassa, mediocre o alta, ma con una curva costante così nell'altezza, come nel decorso; la curva dei nervosi è spesso interrotta, irregolare, con alternative anche

di sonno leggero e profondissimo. Senza poi dire delle vere e proprie anomalie del sonno, quali l'*agripnia tropica* di Deùbler, l'*abulia* del sonno di Janet, la *narcolessia* di Dana ecc., ogni medico conosce le insonnie dei malati di infiammazioni pleuriche, polmonari, articolari, dei malati di cuore e di nervi, la sonnolenza comatosa degli uremici, semicosciente o delirante dei tifosi. Nei manicomî, ove è possibile l'osservazione di alcune classi d'infermi, che solo presentano una esagerazione di alcuni fenomeni comuni a individui i quali vivono liberi e più o meno utili nella società, si conosce il sonno abitualmente leggero dell'isterismo, della ipocondria, della epilessia psichica (De Sanctis) abitualmente profondo dei frenastenici e degli epilettici volgari.

In una rapida rivista dei soggetti studiati da noi, possiamo accorgerci che su 4 vecchi da 64 a 77 anni, 3 hanno il sonno leggero, uno di 58 anni ha sonno mediocre; su 9 individui da 18 a 46 anni, 7 hanno un sonno di alta o mediocre profondità, 2 soli hanno il sonno leggero; qui la concordanza con le leggi comuni è chiara.

|        | Età     | STATO DI SALUTE |                                               | SONNO<br>(profondità) | PROVA<br>cloroformica |
|--------|---------|-----------------|-----------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
|        |         | fisica          | psichica                                      |                       |                       |
| Oss. I | Anni 46 | sano            | sano                                          | mediocre              | +                     |
| » II   | » 38    | »               | »                                             | leggero               | — +                   |
| » III  | » 31    | »               | »                                             | profondo              | +                     |
| » IV   | » 24    | »               | »                                             | med. (incostante)     | +                     |
| » V    | » 20    | »               | frenastenico nevropatico                      | med. (incostante)     | — +                   |
| » VI   | » 58    | »               | sano                                          | mediocre              | +                     |
| » VII  | » 68    | »               | senile ipocondriaco                           | leggero               | —                     |
| » VIII | » 40    | »               | convalescente da un episodio isterico isolato | mediocre              | +                     |
| » IX   | » 18    | epilettico      | epilettico                                    | profondo              | +                     |
| » X    | » 19    | »               | »                                             | mediocre              | +                     |
| » XI   | » 43    | sano            | ipocondriaco                                  | leggero               | —                     |
| » XII  | » 64    | »               | sano                                          | »                     | —                     |
| » XIII | » 71    | »               | demente senile                                | mediocre              | +                     |
| » XIV  | » 77    | »               | relativ. sano                                 | leggero               | —                     |

Se esaminiamo il sonno in rapporto a lo stato di salute psichica (poichè quella fisica, trascurando le speciali condizioni degli epilettici, è in tutti ottima), vediamo che su un numero di 6 sani<sup>1</sup> le influenze della età si rivelano giustamente; dove c'è incostanza della curva del sonno abbiamo un individuo sano a temperamento nervoso (Oss. IV) e un frenastenico neuropatico, ma in entrambi per la giovane età la curva abituale è mediocre; l'ipocondria rende costantemente leggiero il sonno di un uomo di 40 anni e forse aggrava la leggerezza fisiologica del sonno d' un vecchio, spiegando la refrattarietà riscontrata in essi a subire la cloroformizzazione senza svegliarsi; refrattarietà che nei vecchi sembra essere combattuta qualche volta (Oss. XIII) forse da l'ipoideazione della demenza; due casi di epilessia ci confermano solo in parte la loro influenza, poichè in essi il sonno mediocre o profondo sarebbe spiegato anche solo da la giovinezza.

Il rapporto che corre fra le diverse condizioni individuali, espresse nella varia altezza della curva del sonno, e l'esito delle prove cloroformiche non ha bisogno di commento.

Questi, pure essendo risultati scarsi e di breve esperienza, hanno un certo valore specialmente pel fatto che, derivando da lo studio di individui sottoposti tutti ad un eguale regime di vita (fuor del lavoro moderato in alcuni sani) possono più nudamente dimostrare l'azione delle influenze intrinseche; così pure dimostrano la validità delle cognizioni generali già riassunte e fanno pensare che queste siano però suscettibili di conferma anche dove c'informano della influenza del sesso e della età bambina, che noi non abbiamo potuto indagare.

Il numero delle cause *misle* si può dire che non abbia limite, poichè da l'opera privata e pubblica dell'uomo per la quale si generano le influenze della fatica intellettuale e fisica, da le attività della vita sessuale, dai bisogni della vita vegetativa fino a le influenze minime dell'ambiente fisico e sociale, è tutta una folla di stimoli che s'abbatte diversamente su gli uomini e a la quale tutti forse rispondono con reazioni diverse.

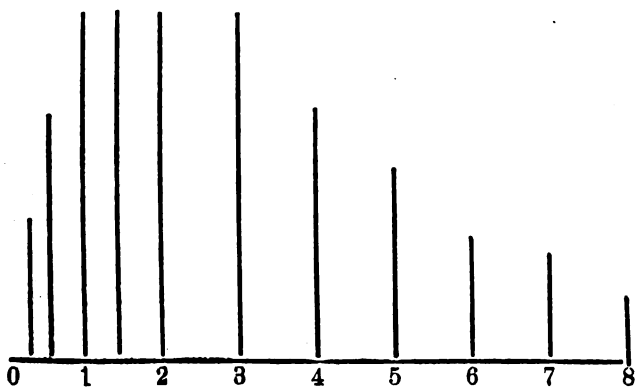
---

1) Poichè penso che nessuno vorrà giudicare malato nel vero senso della parola un individuo sempre vigoroso, non ereditario, guarito da 1 mese e 12 di un'episodica alterazione psichica da cause esaurienti, un deficiente di senso morale, un frenastenico lieve, un criminale che due anni fa ebbe manifestazioni isteriche scomparse da 1 anno e mezzo ecc.

Gettare più che uno sguardo interrogativo là in mezzo sarebbe ardua impresa.

Nelle esperienze fatte su la profondità del sonno ho cercato la possibile influenza modificatrice di varî fattori; qui consegno solo quei risultati in rapporto ai quali studiai anche il passaggio del sonno in narcosi cloroformica.

Come era facile previsione, le *sostanze ipnotiche* (cloralio, uralio, sulfonal, trionale ecc.) sono quelle che quasi sempre e in quasi tutti alterano più profondamente la curva fisiologica del sonno e in un modo quasi sempre uniforme.



La linea sale rapidamente e tocca presto un massimo d'altezza che (di solito un po' maggiore della norma abituale d'individui fisiologici) perdura anche alcune ore per discendere poi lentamente fino al risveglio; forse l'esagerato sviluppo del 1° periodo esaurisce il 2° e manca spesso la 2<sup>a</sup> elevazione della curva.

Talvolta si ha invece che un periodo di altezza pressapoco costante durato 2-4 ore sia spezzato improvvisamente da un risveglio, dopo il quale la curva risale ancora per declinare poi con progressiva lentezza.

Il prolungamento della 1<sup>a</sup> grande altezza della curva è il risultato che più interessa per il presente studio.

La *morfina* non modifica sensibilmente la curva del sonno, così data per la via dello stomaco come per iniezione ipodermica, ma rende più costante e calmo un sonno interrotto e agitato.

Il *cibo* diverso per qualità e quantità (non tale da procurare disturbi gastrici) dato ad ora insolita ed anche vicinissima a l'ora dell'allettamento non modifica in modo sensibile la curva

della profondità del sonno. Può invece modificare il decorso, specie interrompendolo sul cadere della massima elevatezza.

Una quantità d'*alcool* moderata, ma tale da produrre i primi fatti dell'ebbrezza: allegria, logorrea ecc., produce effetti in gran parte analoghi a quelli dei comuni narcotici; innalza quasi sempre più della norma la 1<sup>a</sup> parte della curva, l'elevatezza ha maggior durata e la discesa è lenta e graduale fino al momento del solito risveglio, rimanendo abolito (però non sempre) il 2° rialzo. Se la quantità dell'*alcool* procura disturbi gastrici la curva del sonno acquista, specie nella 1<sup>a</sup> parte, un decorso irregolare e l'altezza tende a diminuire.

Il *caffè* forse solo in alcuni nervosi e neuropatici, la *caffèina* anche nei normali producono insonnia in primo tempo, oppure sonno lieve per modo, che l'innalzamento massimo della curva invece di essere compreso fra la 1<sup>a</sup> e la 2<sup>a</sup> ora di sonno è spostato tra la 2<sup>a</sup> e la 3<sup>a</sup> o più innanzi; il resto della curva tende a la norma. In qualche caso forse eccezionale così il *caffè* come, e meglio, la *caffèina* possono agire analogamente ai narcotici.

Per effetto della *fatica muscolare* non esauriente si ha una curva del sonno pressapoco uguale a quella data da l'*alcool* e da le altre sostanze atte ad innalzare la curva della profondità del sonno o ad aumentare la durata del 1° periodo di maggior altezza.

In base a queste conoscenze ho fatto alcune prove cloroformiche sugli stessi soggetti già noti. <sup>1</sup>

Oss. I. - *Cibo*. Più volte aumentata o modificata la consueta razione ai 2 giovani A. V. e G. B., e fattala mangiare 1½ ora prima d'andare in letto, non si sono ottenuti risultati degni di nota nè in senso positivo, nè in senso negativo.

Oss. II. *Alcool*. 1. Esp. A. C. beve dopo il pasto solito e prima d'andare a letto 1½ litro di vino alcoolico; si addormenta a le ore 20. Le prove cloroformiche si fanno a le ore 21 e 23 1½, entrambe con risultato positivo. Nessuna reazione speciale.

2. e 3. Esp. P. P. una volta (nel solito periodo fra il pasto serale e l'ora dell'allettamento) beve 1½ litro di vino alcoolico, un'altra gr. 150 di marsala; sonno a le ore 20 e 20 1½.

1) Queste prove non furono tutte, come le prime, eseguite a vari giorni d'intervallo, ma - per necessità d'esperimento - alcune furono ripetute in una stessa notte. Tutti gli individui andavano a letto a le ore 19 3¼.

Prove a le ore 20 3/4 e 23 con esito positivo, quasi sempre senza reazioni; a le ore 1 del mattino esito negativo.

4. Esp. J. S. beve 2/5 di vino alcoolico; sonno a le 20 1/4. Prove: a le ore 21 1/4, esito positivo dopo una cloroformizzazione di 10 minuti accompagnata da reazioni modiche; a le ore 23 il soggetto è sveglio.

5. Esp. G. M. beve 2/5 di vino alcoolico, che gli produce disturbi gastrici; sonno a le ore 20. Prove: a le ore 21 il soggetto si muove nel sonno, si rivolta sul letto; esito incerto dopo 10-12 minuti di cloroformizzazione; a le ore 23, esito negativo.

Oss. III. *Caffè*. 1. Esp. G. B. beve prima d'andare a letto un infuso di gr. 15 di caffè in gr. 100 d'acqua. Mentre il sonno abituale di B. suol cominciare a le ore 20 1/2, la sera dell'esperimento comincia a le ore 22. Prova a le ore 23 1/4 con esito negativo.

2. Esp. A. C. infuso di 15 gr. di caffè in 100 gr. d'acqua; s'addormenta come di solito a le ore 20. Prove: a le ore 21 1/4 esito positivo, a le ore 23 esito negativo.

Oss. IV. *Caffeina*. 1. Esp. A. C. centigrammi 50 di Benzoato di Sodio e Caffeina in acqua zuccherata. Sonno a le ore 20-20 1/4. Prova cloroformica positiva a le ore 21 1/2.

2. Esp. A. C. gr. 1 di Benzoato di Sodio e Caffeina in acqua zuccherata. Sonno a le ore 21. Prova a le ore 22 1/4 con esito negativo.

3. e 4. Esp. A. V. Centigrammi 50 di Benzoato di Sodio e Caffeina la 1. volta e gr. 1 la 2.<sup>a</sup> Sonno sempre a le ore 20. Prove cloroformiche a le ore 21 1/2 e 23 sempre con esito positivo (la curva del sonno di questo soggetto era presso a poco uguale tanto per l'azione della Caffeina che per quella degli ipnotici.)

5. Esp. G. L. gr. 1 di Benzoato di sodio e Caffeina in acqua zuccherata. Sonno abituale a le ore 20-20 1/4; sonno la sera dell'esperimento a le ore 21 1/2. Prova a le ore 22 3/4: esito negativo.

Oss. V. *Cloralio*, *Uralio*, *Sulfonal*, *Trional*; somministrate queste sostanze nel modo, nella dose e nelle ore indicate da la pratica medica e da le nozioni di farmacologia, s'è potuto constatare sui soggetti A. C., A. V., F. S. che per il prolungamento della maggiore 1.<sup>a</sup> altezza della curva del sonno indotto da l'azione ipnotica, si ottiene il passaggio in narcosi cloroformica anche 2 o 3 ore dopo che l'individuo s'è addormentato. Nei soggetti a sonno abitualmente leggero P. P. e L. S. l'esito non è stato costante, nè sempre sicuro anche solo dopo un'ora e 1 ora e mezza di sonno.

Oss. VI. *Morfina*. 1. e 2. Esp. L. S. grammi 0.50 e 1 d'idroclorato di morfina in acqua zuccherata. Sonno a le ore 20 1/2 come di solito. Le prove cloroformiche fatte in ore diverse riescono negative.

3. Esp. B. (l'ipocondriaco della Oss. XI., prima serie). Centigrammi 1 d'idroclorato di morfina in acqua zuccherata. Sonno a le ore 20 1/2 come di solito. Prova cloroformica a le ore 21 3/4 positiva.

Oss. VII. *Fatica muscolare.* Questa osservazione fu fatta solo sul P. P. che, dei soggetti più adatti a le esperienze sul sonno per la perfetta salute, era l'unico neghittoso che non lavorasse mai o solo per fabbricare ninnoli di carta; fu più volte applicato a lavoro manuale relativamente faticoso (girare il volante d'una pompa; una giornata di lavoro con i necessari intervalli di riposo) e la curva bassa del suo sonno dimostrò sempre un notevole rialzo. Prende sonno abitualmente a le ore 20-20 1/2; le sere dell'esperienza s'addormentò press' a poco a la stessa ora. Prove cloroformiche: la 1.<sup>a</sup> volta a le ore 21 1/4, esito positivo; a le 23 esito negativo; la 2.<sup>a</sup> a le ore 21 1/4 e a le ore 23, esito positivo.

Io non ho potuto provare, come si comprende facilmente, l'influenza sul sonno della fatica muscolare esagerata, ma la cognizione generale ci avverte per questo punto che spesso il sonno ne viene turbato in modo forse inverso che per la fatica moderata; sappiamo da molto tempo che ad una fatica eccessiva, esauriente suol succedere con facilità l'insonnia, il sonno profondo riparatore viene più tardi ed anche solo molte ore dopo.

Un esempio di questo ho potuto constatare per l'influenza dello *stato emozionale* che anch' io come tanti (Féré, De Sanctis, ecc.) credo abbia - almeno ne' suoi effetti fisici - stretta analogia con lo stato di fatica; principalmente poi quando la emozione sia da considerare come *astenica* (Kant, Maudsley.)

In due soggetti facilmente emotivi, G. B. ed A. V. la notizia e la vista di alcuni preparativi sperimentali indussero, già durante il giorno, uno stato di inquietudine, di sospetto, di attesa forse paurosa: entrambi passarono una prima notte assolutamente insonne. La 2.<sup>a</sup> notte il G. B. stette almeno quattro ore sveglio e poi cadde in un sonno profondissimo, l'A. V. invece dormicchiò inquieto, agitato, svegliandosi ogni momento; la terza notte il G. B. prese fino da principio un sonno, la cui curva fu dimostrata da ulteriori esperienze come abituale e l'A. V. dormì profondamente, così da segnare una curva come per sonno determinato da sostanze ipnotiche.

Ho voluto segnalare anche questi fatti, poichè dimostrano come l'influenza delle emozioni su la profondità del sonno debba pure essere presa in altissima considerazione nel giudicare della possibilità maggiore o minore di determinare la narcosi nel sonno senza destare reazioni coscienti di risveglio.

Qui il mio studio finisce; e mi sembra chiaro che i risultati di questa ultima serie di esperienze - le quali dimostrano come i fattori intrinseci e misti che influiscono ad aumentare o a diminuire l'altezza complessiva della curva del sonno o l'altezza o la durata della sua prima maggiore elevazione, rendono rispettivamente più facile e più difficile la prova cloroformica - oltre che



confermare la conclusione principale in addietro enunciata, ne rendono più completa ed ampia l'applicazione:

La narcosi cloroformica nel sonno abituale di media o alta profondità è facile che riesca quando un individuo è addormentato da 1 ora a 1 ora e mezza; più innanzi ciò è quasi sempre impossibile senza suscitare il risveglio.

Se l'individuo si addormenta sotto l'influenza di un narcotico (cloralio, uralio, sulfonal, trional) o dell'alcool o della fatica non esauriente, la probabilità della cloroformizzazione nel sonno è maggiore non solo, ma questa può anche essere possibile con una certa frequenza anche dopo 2-4 ore di sonno (Oss. II. VII. della 2.<sup>a</sup> serie).

Se la curva della profondità del sonno è bassa, la cloroformizzazione è forse possibile (Oss. II. della 1.<sup>o</sup> serie) ma non è probabile (Oss. VII. XI. XII. XIV, della 1.<sup>a</sup> serie); l'azione dei narcotici, dell'alcool e della fatica aumenta la probabilità (p. es. conf. Oss. VII. della 1.<sup>a</sup> serie e II., 1.<sup>a</sup> Esp., della 2.<sup>a</sup> serie).

L'azione della morfina può talora, ma non sempre, agevolare la narcosi cloroformica (Oss. VI. della 2.<sup>a</sup> serie, un caso + e uno —).

L'azione del caffè e della caffeina può essere talora indifferente (Oss. III. della 2.<sup>a</sup> serie, 2.<sup>o</sup> esp.), più spesso ostacolare la narcosi cloroformica nel sonno (Oss. III. esp. 1.<sup>o</sup>, Oss. IV della 2.<sup>a</sup> serie), in qualche caso forse eccezionale coadiuvarla (Oss. IV. della 2.<sup>o</sup> serie, Esp. 3.<sup>o</sup>, 4.<sup>o</sup>).

Le emozioni massimamente di carattere depressivo possono ostacolarla o favorirla secondo la speciale evoluzione dei loro effetti.

E da ultimo poi si può dire che nel giudizio del fatto compiuto bisognerà tener conto di tutte quelle notizie che possono ragguagliare intorno al *sonno abituale* di chi fu vittima del reato; applicare i dati noti intorno a la *curva normale della profondità del sonno*, ciò che potrà limitare l'indagine intorno al *tempo*; prendere in esame quelle eventuali influenze *intrinseche e miste* che potrebbero avere agito come concause atte ad agevolare od ostacolare la trasformazione del sonno fisiologico in narcosi, sia valendosi dei criterî generali (e, come in parte appare nel nostro studio, giusti) intorno al sesso e a l'età, a lo stato di salute fisica e psichica, a le influenze dell'ambiente fisico e sociale ecc., sia valendosi dei modesti risultati della scienza espe-

rimentale. È certo che gli effetti di coteste influenze sono suscettibili di eccezione e anche di oscillazioni rapide e impreviste in uno stesso individuo, ma quando esse siano raccolte con cernita severa, giudicate nel loro giusto valore, riunite nel giusto rapporto devono sempre aggiungersi vantaggiosamente per quella diagnosi medico legale, che si chiama perizia.

---

## **Per la diagnosi e la prognosi delle malattie mentali**

del Dott. Alberto Vedrani

### **I.**

L'ammalato presenta fatti noti all'anatomico, al fisiologo, al chimico, al patologo, ecc., ma ha anche fatti propri, che nessuno, tranne il medico pratico, vede: tali fatti costituiscono il patrimonio proprio del clinico.

Questa, lo so, è clinica all'antica, ma sarà anche clinica eterna, benchè non affascini coi suoi splendori. Questa clinica modesta è fattrice di scienza anch'essa.....

MURRI: *La Craniotomia esplorativa* p. 2.

La frenosi maniaco-depressiva è sempre diagnosticabile, anche nelle sue prime manifestazioni? Nell'accesso che si presenta staccato è sempre riconoscibile questa malattia, anche quando il giudizio non è aiutato dalla notizia di accessi precedenti?

A rendere solvibile questo problema diagnostico hanno giovato alcuni degli studi ai quali la questione della Catatonìa ha data occasione negli ultimi venticinque anni, e, più di tutti, quello di Brosius colla magistrale distinzione dell'eccitamento maniaco dall'eccitamento catatonico. La dottrina degli *stati misti* della frenosi maniaco-depressiva, creata da Kraepelin, lucidamente esposta da Weygandt, ha portato in questa parte della diagnostica un progresso degno della più grande considerazione.

Disgraziatamente a questo lavoro, che conferisce alla Psichiatria clinica la dignità d' un sapere utile che guida le previsioni del medico tesoreggiando l' esperienza del passato, molti che avrebbero obbligo di aiutarlo hanno opposto fin ora il silenzio dell' indifferenza o la pertinacia nelle solite formole sbrigative e sedative, nelle quali l' involucro verbale serve appena a mascherare la nullaggine della sostanza.

Dopo tante dimostrazioni cliniche della Catatonìa da Kahlbaum a Neisser a Marzocchi (1), due autori americani (2) sono tornati fuori a dire che la Catatonìa è semplicemente una forma di Melancolia. Naturalmente chi domandasse agli autori qual' è il decorso e l' esito più proprio della Melancolia, risponderebbero come Brosius (3) per le « idee fisse »: guarigione, inguaribilità, remissione e intermissione, periodicità, stato stazionario, stadi diversi, nessuna formazione di idee deliranti, non passaggio a demenza, deliri episodici di persecuzione e di grandezza, indebolimento psichico permanente..... E così fate una prognosi, se potete.

All' ultimo congresso di Heidelberg, Siemerling ha dichiarato che il tentativo di dimostrare l' individualità clinica della così detta Demenza precoce deve dirsi fallito, che questo tentativo ha l' aria di volere involuppare in difficoltà artificiose la evidenza di forme morbose semplici e piane, che i casi dati in esempio sono casi di Paranoìa (4).

Dopo che più d' uno (Pianetta (5) fino dal 95) ha fatto osservare che l' esistenza di una *frenosi puerperale* non è dimostrata, Marro ha riparlato recentemente di frenosi puerperale in una sua nota sui recidivi alienati (6); dove, nello sforzo di costringere nella camicia di forza della classificazione del Verga la realtà multiforme e complessa delle forme cliniche, ribelle a questa coercizione ufficiale, egli annovera delle *frenosi puerperali*

---

(1) *Archivio italiano per le malattie nervose* 1889, pag. 229.

(2) Peterson e Langdon: *Katatonie*. Ref. in *Centralblatt f. Nervenerkrankunde und Psych.* 1899. August pag. 509.

(3) Brosius. *Aus meiner psychiatrischen Wirksamkeit*. 1881.

(4) *Allgem. Zeitsch. f. Psych.* Bd. LIV. He 1. 2. pag. 259.

(5) *Annali di Nevrologia* 1895 pag. 257.

(6) *Annali di Freniatria* 1899. Fasc. 3, pag. 203.

*recidivanti* per dichiarare poi che, nove volte sopra undici, « si tratta di nuovo ammorbamento non preceduto da stato puerperale », e delle *manie recidivanti* « insorte non poche volte in individui stati precedentemente affetti da forme melanconiche ».

Marro ammette anche dei « dementi secondari recidivi ». Infatti che cosa non può accogliere in sè la elasticità così comprensiva della parola *demenza*? Simile alla divina Misericordia di Dante, essa ha così gran braccia da prendere tutto ciò che si rivolge a lei. Un'alterazione di qualsiasi gravità, comunque prodotta, di una parte qualunque dell'attività psichica, che può essere acuta, cronica, primitiva, secondaria, inguaribile, guaribile senza limiti di tempo, guaribile con difetto, recidivante: ecco la demenza. Aggiungete le paranoie spinali, logorroiche, incoerenti, neurasteniche al linguaggio caotico di questa psichiatria leggera e arruffata, e non parrà più un anacronismo la diagnosi che si legge in un dramma di Ben Jonson: « Questo male si chiama in greco *mania*, in latino *insania*, *furor vel exstasis melancholica*, cioè a dire *egressio*, quando un uomo *ex melancholico evadit fanaticus*. Ma si potrebbe dire che egli non è stato ancora *frenetico*, signora; e la *frenesia* non è che il *delirio* o press' a poco. »

Capisco che nella pratica dei nostri asili il bisogno di una diagnosi più fine non è sentito: anzi in generale non c'è neppur l'uso di affrontare la diagnosi differenziale. L'ammalato è abbandonato al destino delle sue evoluzioni: il medico assume una posizione diagnostica aspettante e, a cose finite, con una diagnosi *a posteriori* adatta il caso alla classificazione ufficiale: dubbio nutrimento onde si alimenta la luce ambigua delle statistiche.

Mentre tanta parte degli alienisti si adagia in queste abitudini mentali, la Psichiatria clinica, che aspira ad essere qualche cosa di meglio che un gioco arido di nomenclatura, ha realizzato qualche progresso di cui si avvantaggia oggi la pratica del medico, e si avvantaggerà domani la ricerca patogenetica. Questi avanzamenti sono il portato di un'analisi più fine dei processi psichici.

Al congresso ultimo di Heidelberg Kraepelin conchiudeva il suo discorso così: « Che Sommer conceda in questa occasione un peso speciale ai suoi tentativi d'analisi dei sintomi moto-

ri, nessuno gli può dare biasimo. Io per parte mia ho anche la ferma persuasione che a noi urge renderci possibile una esatta analisi dei singoli sintomi non solo nel campo della funzione motoria, ma in quello dell'appercezione, della memoria, dell'associazione delle idee, del movimento del pensiero ecc., se noi vogliamo perfezionare la nostra arte diagnostica. Da molti anni io mi affatico per ottenere dei dati in questo senso. Ma in tante difficoltà, quante si trovano in questo lavoro clinico, è indispensabile che molti cooperino secondo questo piano, se noi vogliamo finalmente raggiungere una maggiore sicurezza nella diagnosi e nella prognosi ». (1)

La necessità di cooperare secondo questo piano non pare che sia intesa da molti. Il prof. Mondino, per esempio, in una prelezione sulle condizioni odierne della Psichiatria (2) nota che « quanto all' esame dell' animalato è il più completo che si possa immaginare quello che in clinica psichiatrica si richiede », che « l' esame di tutti gli organi della vita vegetativa e di quelli di relazione si impone », che « l' esame elettrico permette cognizioni preziose », che « il sistema nervoso, specie per quel che riguarda i suoi organi centrali chiusi nelle rigide cavità ossee, all' esame fisico si sottrae completamente ad un dipresso: percussione, ascoltazione, palpazione qui non servono »; ma, dopo questa constatazione, genialmente vera, che l' asse cerebro-spinale non è palpabile, egli non nomina neppure l' esame dei processi psichici. Ma non è più il fatto o fenomeno psichico l' elemento specifico della Psichiatria, quello al quale essa deve rivolgere l' attenzione prima che ad ogni altra manifestazione clinica dello stato morboso? Nel modo con cui possono essere comprese e studiate nella Clinica ordinaria e anche in Neuropatologia, scrive al solito felicemente Morselli (3), le alterazioni sensorie e motorie costituiscono appena il più elementare fardello scientifico di chi intende procedere all' analisi clinica dei sintomi patognomonici della pazzia, i quali non sono già nè l' anestesia o la paralisi, nè l' iperalgesia o lo spasmo clonico, ma bensì l' allucinazione, il

---

(1) *Allg. Zeitsch. f. Psych.* Bd LVI. He 1. 2. pag. 263.

(2) *Il Pisani.* Vol. XX. Fasc. 2. 1899.

(3) *Manuale di Semeiotica*, Vol. II. pag. 18.

delirio, l'idea fissa, l'impulso o l'abulia, la cangiata personalità.... Invece il Mondino osserva che « *a misura che le conoscenze eziologiche ed anatomopatologiche di una forma morbosa sono così assodate da potere la considerazione loro venire sostituita a quella dei sintomi, questa esce in certo modo dal dominio della Psichiatria, considerata come disciplina a sè, voglio dire dal gruppo delle psicosi essenziali, per venire annoverata fra le malattie accompagnate da disturbi psichici.* »

Cosicchè, a misura che l'anatomia patologica e l'eziologia faranno luce sul processo genetico delle malattie mentali, la Psichiatria assisterà all'esodo loro dal dominio suo, finchè essa diventerà una cornice senza tela. Anche una volta agli occhi di questo psichiatra la dignità della funzione psichica impallidisce fino a scomparire. Le forme morbose finiranno coll'essere annoverate fra le malattie accompagnate da disturbi psichici? Sia pure; come le malattie dei polmoni sono annoverate fra le malattie accompagnate da disordini della funzione respiratoria. Ma quando è stato mai che la considerazione delle conoscenze etologiche ed anatomopatologiche si sostituisca a quella dei sintomi? La verità è che questi due ordini di conoscenze, le anatomopatologiche e le cliniche, non si escludono sostituendosi, ma si integrano e insieme fanno la patologia. Del resto queste sentenze (1), che tendono ad informare l'indirizzo della Psichiatria all'esclusivismo del loro contenuto, a muovere la corrente della ricerca per vie unilaterali, a disconoscere ad altri ordini di indagine la importanza che essi hanno vitale pel progresso delle conoscenze, trovano la loro premessa nel principio del discorso, dove Mondino afferma che prima dei metodi tecnici odierni per le

---

(1) Sentenze che sono state proclamate anche nel campo della clinica generale, e che Murri ha confutate, molti anni sono, splendidamente.

« Non comprendo come anche oggi si seguiti a scrivere, per la millesima volta, che *l'anatomia patologica è la base della clinica* (Birch-Hirschfeld): l'una e l'altra cooperano alla fondazione della patologia; ma, lo ripeto, a me è avviso che base non possa dirsi quella che da sola non regge... Ma, si dice, « *in tutte le scienze naturali la conoscenza delle qualità morfologiche dev'essere la base dell'ulteriore indagine* » (Birch-Hirschfeld). Ma non tutti i fenomeni naturali sono della medesima indole, e quello che può convenire alla mineralogia non si affa più alla patologia, poichè qui, attesa la natura spe-

indagini morfologiche del sistema nervoso « veniva a mancare ogni base per una patologia mentale e quindi per una psichiatria informata allo sperimentalismo..... una psicologia che avesse nelle scienze biologiche le sue basi, che con queste avesse comunanza di metodi e di indirizzo, era affatto impossibile.... altro non era possibile che analizzare la funzione per sè stessa indipendentemente dagli stati morbosi dell'organo che la produce », tuttociò perchè, egli dice, « nel campo dell'anatomia generale cioè della citologia e della istologia le cognizioni morfologiche equivalgono a cognizioni fisiologiche e permettono esse soltanto (!) di comprendere le leggi, i modi di produzione dei fenomeni complessi che gli organi e gli apparati manifestano » (pag. 79).

Sebbene davanti ad affermazioni così recise ed alla scarsa rispondenza dei fatti torni in mente il detto di Galileo « questa così vana prosunzione d'intendere il tutto non può aver principio da altro che dal non avere inteso mai nulla », io voglio solo osservare che questi fenomeni complessi che gli apparati manife-

---

ciali dei fenomeni, vitali la funzione lesa precede spesso la dimostrazione della lesa organizzazione. Se volete convincervene, date uno sguardo alla storia delle malattie del sistema nervoso: guardate, per esempio, l'atassia locomotrice e, se è vero che la lesione materiale costante in essa è quella che si riscontra nelle fibre radiculari del midollo spinale, voi vedete subito quanto tempo prima fu costruito l'edificio che la base: guardate la paralisi labioglosso-faringea e vedrete quanto i lavori di Duchenne abbiano anteceduto quelli degli anatomici: guardate la paralisi agitante e l'isterismo e vedrete che la conoscenza della funzione lesa sta da secoli aspettando che siano scoperte le lesioni morfologiche che dovrebbero servirle di base. »

Ed aggiungeva: « il processo della malattia si vuole studiare non solo per le sue fasi morfologiche ma ancora per quelle funzionali: lo sperimento poi non costituisce una scienza, ma uno spediente per scrutare quelle verità di cui si occupano tutti gli studi delle cose naturali: esso può dunque servire all'anatomo patologo come al fisiologo e al clinico. Infatti mentre Virchow studiava il processo dell'embolismo e della trombosi, un suo compagno di studio, il Traube, investigava il meccanismo della dispnea e della disordinata innervazione del cuore: l'uno e l'altro usavano lo sperimento, ma l'uno per chiarire i fenomeni di lesa funzione, l'altro per chiarire quelli di lesa organizzazione.

Dovunque si guardi, la clinica come scienza cammina parallela alla anatomia patologica. » *Lo Sperimentale* 1876, pag. 626-27.

stano e alla cui interpretazione è necessaria anche la morfologia, non si possono conoscere *se non si ricercano direttamente*; che « se noi conoscessimo realmente i molti organi dei quali si compone la corteccia cerebrale, noi non sapremmo ancora ciò che è una funzione psichica e come noi dovremmo collegarla al vincolo della cellula; solamente quando abbiamo scomposto nei loro più semplici elementi non solo il sostrato materiale della vita psichica, ma anche i processi psichici stessi, possiamo sperare di trovare la relazione tra l'uno e gli altri (1) »; che l'analisi dei processi psichici studiati in condizioni sperimentali sotto l'azione elettiva di sostanze medicamentose e di tutta una serie d'influenze: della stanchezza, dell'esaurimento, del digiuno, analisi che procede con metodi diretti a misurare e tradurre in cifre delle grandezze psichiche, va a costituire essa stessa un sapere « informato allo sperimentalismo » che si muove e si espande indipendentemente e a lato all'indagine istologica, con pari dignità scientifica.

Analisi della funzione che, per ciò che riguarda la clinica psichiatrica, lascio dire a Franz Nissl quanto sia lontana dall'aver compiuta la parte sua, come più d'uno mostra di credere: « Nello stato attuale della scienza la osservazione al letto del malato è la sorgente principale per la conoscenza della pazzia. Nell'interesse del progresso e dello svolgimento della Psichiatria bisogna perfezionare questa osservazione ed arricchirla di nuovi mezzi d'indagine..... Le questioni più vitali e più importanti di Psichiatria clinica rimangono ancora senza risposta.... Nello stato attuale del sapere la indagine clinico-psichiatrica deve spianare la via alla ricerca anatomo patologica, cosicchè a quest'ultima sia sottoposto un materiale ben ordinato, sicuramente diagnosticato (2) ».

Noi ora aduneremo da pagine sparse ciò che di più importante la indagine clinico-psichiatrica ha raccolto nella questione diagnostica che abbiamo posta da principio.

Ed ecco come Brosius ha distinto l'eccitamento maniaco da quello dei catatonici, in un vecchio volume dell'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1876).

---

(1) Kraepelin. Psychiatrie 6 Aufl. Band. I pag. 25.

(2) *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, Bd. LV He I 1898 p. 68.



Nei casi di catatonìa, che io ho osservato, manca l'ideorrea della mania genuina, la quale anche fa difetto nell'agitazione dei paralitici e degli epilettici, manca la ricchezza e l'abbondanza delle idee succedentisi rapidamente e come a sbalzi, manca il pronto reagire con parole e con movimenti alle più tenui impressioni sensoriali, manca l'umore eccessivamente sereno, il contegno sfacciato sfrenato coi rapidi passaggi alla irritabilità, agli oltraggi, alla tristezza, al pianto.

In ogni parossismo di semplice mania, la pronta reazione alle impressioni e la fuga a precipizio delle idee non consente al malato di tornare più d'una volta sullo stesso discorso: il contenuto dei discorsi è progressivamente variabile perchè in essi valgono tutte le leggi di associazione. Da ciò il colossale contrasto nel chiaccherio del maniaco, il suo spirito, le rime le alliterazioni, ecc. Tutto ciò non si trova nell'agitazione dei catatonici, tanto meno nella paralisi o nell'epilessia.

In molti discorsi dei catatonici è invece degno di nota il frequente ritorno degli stessi gruppi d'idee, la frequente ripetizione di certe parole e proposizioni, le quali per ciò, non ostante la confusione del cicaleccio incomprendibile, restano facilmente nel ricordo di chi ascolta.

Contrariamente alle variazioni così caratteristiche del contegno del maniaco, l'agitazione del catatonico mostra una certa uniformità: ciò che gli succede intorno non lo turba, come se egli non osservasse. Il catatonico eccitato non lascia mai la sua stanza d'isolamento se si lascia aperta la porta: egli rimane al suo posto, egli non dà nessuna risposta ai congiunti che lo visitano, come se non li conoscesse: mentre il maniaco scappa lesto e volentieri fuor della stanza o si intrattiene con chi entra in vario modo, scherzando, motteggiando, oltraggiando, irritandosi.

Per questa grande recettività delle impressioni esterne, è facile distogliere il maniaco dalla tendenza del momento e dirigerla per altre vie; basta per ciò una parola, un segno, un piccolo oggetto: tutte cose che al contrario restano senza effetto sul catatonico. Il quale tanto più violentemente si eccita, quanto più si contrasta alla sua volontà, finché esplode allo stesso modo del maniaco; se non che le sue reazioni, le sue imprecazioni, i suoi oltraggi non mutano facilmente: sono tutti i giorni gli stessi, e diventano famigliari anche agli infermieri. Sebbene anche il catatonico danneggia e distrugge, egli nelle sue azioni distruttive non oltrepassa certi limiti: essendo minore la vivacità e la ressa delle idee, egli non è così inventivo come il maniaco nei modi della distruzione: egli fa dei guasti ma non sa valersi dei rottami per opere nuove e per produzioni fantastiche: egli non è un collezionista, o un artista, non ha un talento decorativo. Una catatonica nel giardino strappa fiori e rami, ma senza ornarsene; nella sua stanza leva via le coperte del letto, ma senza servirsene come ornamento del capo o come strascico. Nello stupore il catatonico mostra di regola la più palese avversione e negazione

per i cambiamenti; nell'eccitamento non vi è molto incline: le biancherie del letto danneggiate egli le lascia per terra, al più le trascina per la camera: rovescia i mobili e li lascia stare dove li ha rovesciati, rompe le finestre e lascia stare i rottami: può trattenersi delle ore nella camera danneggiata senza fare più nulla. Come è del tutto diverso il vero maniaco! Egli costruisce sempre dopo che ha danneggiato: non gli basta il disordine fatto, ma vuol vedere sempre nuove forme e nuove costruzioni: utilizza i rottami come gli dettano le idee vivamente succedentisi: li porta qua e là, erige altari e pergami sui quali parla, seggi sui quali troneggia nella sua grandezza, barricate che difende bravando, sfidando, minacciando; le più diverse forme e situazioni vengono fuori dalle sue mani attive; per nessuno il variato *delectat* è più vero che pel maniaco.

Anche Kahlbaum ha contrapposto questa variabilità di volontà e di azioni del maniaco alla « notevolissima monotonia del contegno » nella catatonìa: tutti i giorni durante un certo periodo di agitazione si trova il catatonico a giacere sotto il letto nello stesso punto per ore intere col naso e la bocca a terra, ovvero lo si vede andare attorno per la camera accosto alla parete sempre nella stessa direzione, o camminare sulla coperta che ha disteso sul pavimento e coll'ammalato che gli sta vicino dire a lui o di lui sempre la stessa cosa, p. e. egli ha un bel naso, bel naso, bel naso. Ovvero alza la voce e canta molto spesso le stesse melodie, le stesse canzoni; strilla nello stesso modo per giorni per settimane ad ogni occasione dallo stesso posto.

Così manca nella catatonìa, come ho detto, il rapido variare d'umore: il quale è molto uniforme, spesso senza speciale colorito: non si trova nè speciale serenità nè tristezza nell'eccitamento del catatonico, ed egli nell'eccitamento come nello stupore si mostra cattivo ed irritato solo quando è provocato con violenze. Questo non succede nel maniaco la cui irritabilità è spesso di origine subiettiva, apparentemente immotivata, l'effetto di idee contrastanti o di tenui stimoli esteriori.

Notevole è la esposizione della diagnosi differenziale fra eccitamento maniaco ed eccitamento ebefrenico, fatta da Taalman Kip (1) in uno studio sulla questione, sollevata da Kraepelin, se ogni accesso di mania acuta debba essere riguardato come manifestazione della frenosi maniaca depressiva.

Un criterio importantissimo (per la diagnosi dell'ebefrenia) è questo che in nessuno di questi pazienti si notava ciò che si dice logorrea. Al contrario se si volge a loro la parola, si dura molta fatica a cavare una risposta; qui non esiste affatto il cicaleccio del maniaco che seguita sempre a parlare,

---

(1) *Allgem. Zeitschr. f. Psych.* Bd. LIV 1-2 1898.

che si lascia repentinamente distrarre dagli stimoli, anche quando non riceve in sè l'impressione, che può anche profferire solamente delle insensatezze, ma dimostra sempre che una parola lanciata dal medico esercita un influsso, sia pure molto superficiale, sul corso delle sue associazioni. Quando un ebefrenico parla molto, egli lo fa per lo più da sè; ed una domanda dev'essere ripetuta molte volte dall'osservatore prima che il malato si volga a lui: ma poi egli arresta improvvisamente il suo parlare spontaneo e cerca di capire l'importanza della domanda, sia anche solo per un breve momento, per seguire poi di nuovo l'andamento del suo pensiero. Ne derivano quelle singolari parlate fatte di due parti che si muovono contemporaneamente indipendenti: si possono distinguere il parlare spontaneo e le risposte alle domande, ma queste due parti non si fondono in un tutto unico come accade nel maniaco. L'ebefrenico deve essere strappato dalla cerchia del suo pensiero, perchè possa dare una risposta: il maniaco a nulla si presta più facilmente che a lasciarsi distrarre: non s'incontra un'opposizione quando lo si vuol distrarre; si dura fatica invece a mettere le briglie alla sua attenzione. Queste differenze sono così grandi e così profonde che il più delle volte è possibile dallo stato presente dei malati eccitati la diagnosi differenziale tra mania acuta ed ebefrenia.

Ma è soprattutto nell'opera del Kraepelin che queste distinzioni, maturate da una lunga incubazione, trovano il più largo svolgimento. Prima di tutto riassumo dal lavoro recente (1) di un suo allievo, W. Weygandt la dottrina degli *stati misti della frenosi maniaco depressiva*, che egli espone con un largo fondamento di esemplificazioni cliniche.

Weygandt comincia dalla considerazione del fatto, di facile constatazione clinica, che così nella fase maniaca come in quella depressiva della Frenosi maniaco-depressiva o circolare avvengono dei cambiamenti improvvisi e transitori, che mutano la faccia allo stato morboso e risultano da una mescolanza dei sintomi delle due fasi. Così, durante l'accesso maniaco, l'umore esaltato si cambia improvvisamente in umore depresso che coesiste cogli altri sintomi immutati della mania: l'eccitamento motorio, la logorrea, la distraibilità. Oppure la faccia di un depresso da mesi si dipinge tutto d'un tratto di una espressione di gaiezza senza che si attenui l'arresto psicomotorio. In una serie di casi clinici Weygandt dimostra che questi stati misti non solo si

---

(1) Ueber die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins. München, 1899.

trovano a interrompere l'andamento consueto di una fase maniacale o di una depressiva, o a costituire il ponte di passaggio dall'accesso maniaco al depressivo, ma che riempiono essi intere fasi della malattia. Numerosi casi di difficile diagnosi trovano così la loro interpretazione: sono stati misti che hanno nella frenosi maniaco-depressiva il loro posto naturale.

Per darsi ragione del vario aspetto degli stati misti basta pensare che i sintomi essenziali componenti la sindrome maniaca: l'umore esaltato, l'eccitamento motorio, la logorrea (*Ideen flucht*) hanno ciascuno i loro corrispettivi nei componenti la sindrome depressiva: tono sentimentale depresso, rallentamento psicomotorio, arresto del pensiero; data quindi una estrema labilità (altro sintoma caratteristico della frenosi maniaco-depressiva) nel triplice territorio del sentimento della psicomotilità e del processo formale del pensiero, sono concepibili queste sostituzioni parziali di sintomi. Weygandt non lascia di osservare che anche le sole variazioni di intensità e di qualità di questi sintomi bastano a creare una folla di stati che rappresentano deviazioni dal tipo netto della mania o della depressione. Il rallentamento psicomotorio può essere intenso fino allo stupore o così lieve che si dimostra solo con metodi psico-fisici complicati. L'equilibrio del sentimento è talvolta così poco turbato che è difficile dire se devia in senso maniaco o depressivo. E, per dare un esempio delle variazioni qualitative di sintomi che fanno diversa da caso a caso l'apparenza esteriore di uno stato morboso che sostanzialmente è lo stesso, l'umore esaltato può presentarsi sereno od erotico, o irritato e violento.

Weygandt trova che tre stati misti hanno una particolare importanza clinica: lo stupore maniaco, combinazione di tono sentimentale maniaco con rallentamento psicomotorio ed arresto del pensiero; la depressione agitata, in cui l'umore depresso si unisce con eccitamento psicomotorio e per lo più anche ideorea: la mania improduttiva, nella quale accanto all'umore maniaco e all'eccitamento psicomotorio c'è nella sfera dei processi associativi un evidente arresto. S'intende che l'importanza è non solo teorica, ma anche pratica; perchè la diagnosi di questi stati implica una prognosi che non è sfavorevole come quella dei processi morbosi coi quali possono essere scambiati.

La mania improduttiva ha l'apparenza di un impoverimento grave dell'intelligenza che chi giudica per impressione può credere permanente e somiglia agli stati di eccitamento con umore sereno della Demenza precoce. La depressione agitata, quando si presenta negli anni dell'involuzione, può essere scambiata colla Melancolia dell'involuzione. Weygandt concede un grande valore alla presenza della *distrailità*, ch'egli afferma più propria della depressione agitata. Lo stupore maniaco si presta a scambi diagnostici con certi stadi della Paralisi e soprattutto della Demenza precoce. Qui riferisco distesamente un brano della lucidissima esposizione di Weygandt.

Riguardo alla diagnosi differenziale dello stupore maniaco, meritano considerazione certi stati nel decorso della demenza precoce, specialmente della sua forma catatonica. Quando lo stupore catatonico è così fortemente accentuato che i malati stanno lungo tempo immobili, avviene non di rado che il viso ha l'espressione di una certa euforia. L'apparenza esterna, quale si presenta alla prima vista, con straordinaria esattezza ricorda lo stupore maniaco con forte arresto e mutacismo. Poichè è impossibile un discernimento mediante l'interrogatorio, lo scambio dei due stati è facile. Anche la prova della reazione affettiva e motoria alla minaccia di una puntura di spillo che serve bene nella differenziazione dello stupore catatonico dallo stupore depressivo dei circolari, appunto perchè i circolari reagiscono di solito con l'espressione di una vivace angoscia e con moti naturali di difesa, mentre i catatonici nella loro ottusità affettiva sentimentale non reagiscono affatto, questa prova molto spesso fallisce di fronte allo *stupore maniaco*, perchè la euforia maniaca non consente che l'angoscia data dallo stimolo doloroso si manifesti. Uno dei più importanti contrassegni differenziali ci è dato qui dal negativismo. A qualunque invito di dar la mano, di alzarsi in piedi od altro noi vediamo di solito che i circolari danno segno di sforzi diretti ad eseguire l'ordine, ma inefficaci, causa l'arresto. I catatonici però non solo spesso non compiono l'ordine, ma per effetto di impulsi contrari spesso fanno un movimento opposto. Qualche volta anche passa del tempo prima che la reazione del catatonico abbia luogo, finchè tutt' in una volta il movimento scatta. Anche il maniaco stuporoso succede che non eseguisca degli ordini così da far pensare al negativismo: ma ciò è sempre la conseguenza di un umore irritato o distratto o euforico o anche erotico, e perciò una espressione di scherzo, di civetteria verso chi ha dato l'ordine; affetti e idee sono la ragione di questo contegno. In movimenti semplici, nel dar la mano, nel metter fuori la lingua e simili, spesso si può già differenziare il contegno manierato del catatonico dalla reazione lenta ma del tutto naturale del circolare. Si tratta qui della stessa differenziazione dello stupore circolare de-

pressivo dello stupore catatonico. Anche non bisogna trasandare l'espressione della faccia. Da un lato, nel maniaco stuporoso noi vediamo l'espressione di una serenità spontanea, spesso di un'euforia raggiante, mentre il riso del catatonico apatico somiglia moltissimo al ghigno.

Quanto alla diagnosi della fase depressiva dei circolari il Kraepelin ha dato questi criteri differenziali:

Nella depressione bisogna prima distinguere l'arresto psichico dei Circolari dal negativismo dei catatonici. Là noi abbiamo per lo più un accentuato arresto del pensiero, inoltre rallentamento di tutte le manifestazioni volontarie che spesso si può dimostrare nei movimenti semplici e nel far di conti: qui al contrario mancanza di eccitabilità psichica, mancanza di ogni reazione ed anche controimpulsi che abbattano ogni impulso emergente, qualche volta sorprendente lestezza. Là è quasi sempre dimostrabile un sentimento di angoscia o di tristezza che può manifestarsi con violente e inaspettate esplosioni nelle visite o nelle lettere ai parenti; qui gli ammalati sono straordinariamente indifferenti, non temono minacce, non sono eccitati da visite, non si occupano degli avvenimenti dell'ambiente, non seguono cogli occhi. Anche allucinazioni e idee deliranti numerose e insensate parlano più per la demenza precoce (*Allg. Zeitsch. f. Psych.* Bd LVI pag. 254). Nell'arresto, tutto il processo psicomotorio è rallentato da un impedimento permanente; nello stupore catatonico è interrotto da una improvvisa controcorrente. Qui si può, in confronto coll'arresto, parlare di un intoppo (*Psychiatrié* Bd. I pag. 208.).

Queste ultime distinzioni, che noi accertiamo coll'osservazione diretta tra stati che hanno la comune apparenza dello stupore e ci permettono di riferirli a processi morbosi differenti, restano salde nel loro significato anche di fronte alla teoria, che interpretando questi stati come reazioni volontarie a idee deliranti e ad allucinazioni, unifica da un punto di vista dottrinario ciò che l'osservazione clinica autorizza a distinguere. Questa teoria trova una recente affermazione in un lavoro del Meyer (di Tübinga) (1). « Nello studiare i lavori di Kraepelin e de'suoi scolari (scrive questo autore, dopo avere esposta la distinzione Kraepeliniana tra rallentamento ed intoppo) io non posso difendermi dall'impressione che essi vogliano eccessivamente limitare l'importanza delle allucinazioni e delle idee deliranti (pag. 876)..... Non c'è, io credo, nessun dubbio che si danno casi nei quali stupore

---

(1) Beitrag zur Kenntniss der acut entstandenen Psychosen und der katatonischen Zustände. *Archiv. f. Psychiatrie* Bd. 32 H. 3 1899.

e sintomi affini sono direttamente provocati da allucinazioni e da idee deliranti ». Se non che non è neppur certo che appartenga alla demenza precoce il caso che l'autore cita in sostegno della sua opinione. Ma dato anche che, come dice il Meyer, « nel tempo dell'immobilità catatonica non abbiamo a fare con una tabula rasa » non segue da questo che il contegno del catatonico sia una reazione deliberata a rappresentazioni allucinatorie o deliranti. Anche nel dormiente non c'è tabula rasa, ma si formano delle illuminazioni interiori, allucinatorie e deliranti, che coesistono cogli altri fenomeni del sonno, non li determinano.

Gli atti dei catatonici (dementi precoci) sono in tutti gli stessi: per tutti viene il momento in cui resistono agli spostamenti od hanno la flessibilità cerea, verbigerano o muovono le labbra in atto di susurro, rifiutano il cibo o lo accettano in quelle loro maniere caratteristiche, ritengono le urine e le feci: come si concilia colla teoria dell'origine allucinatoria e delirante tanta uniformità di atti morbosi, onde le prime descrizioni date dalla catatonìa sono anche oggi verissime? Perchè è inverosimile che tutti siano dominati dalle stesse rappresentazioni allucinatorie e deliranti.

Prima di cercare la diagnosi differenziale della frenosi maniaco-depressiva da altri processi morbosi, bisogna vedere fino a che punto questo complesso di dottrine diagnostiche risponda al cimento della pratica psichiatrica.

---

### **Intorno ad una varietà di mixedema frusto**

Dott. R. Tambroni e R. Lambranzi

La nota clinica da noi pubblicata nel fascicolo di Maggio della *Rivista di Patologia nervosa e mentale*<sup>1</sup>, mentre descriveva come tipico un soggetto *gerodermico* e quindi approvava la esistenza della sindrome studiata da Rummo e Ferrannini, veniva, discutendo il caso, a infirmare il concetto patogenetico esposto in addietro da cotesti autori per tale sindrome.

---

1) Tambroni e Lambranzi. Una varietà di mixedema frusto. *Rivista di Patologia nervosa e mentale*. Anno III, n. 5, 1899.

Però tosto s' ebbe a le nostre conclusioni una risposta, e questa fu cortese e apparve nella *Riforma medica* poco tempo fa per opera del Dott. R. Ciauri.<sup>1</sup>

L' Egregio Collega, forse riflettendo le idee del maestro, si dice sinceramente lieto che noi abbiamo contribuito con l' opera nostra a la conoscenza di un complesso di sintomi che si rileva dal quadro nebuloso delle distrofie ghiandolari e s' integra in un tipo morfologico degno di nota, ma non s' accorda con noi nel riferire l' anomalia originaria a la ghiandola tiroide, piuttosto che, come egli pensa ed insiste, a le ghiandole genitali.

Non parendoci che gli argomenti addotti in appoggio del nostro giudizio diagnostico siano stati presi tutti e singolarmente in esame e misurati in tutta la loro validità da la revisione del Dott. Ciauri, riprendiamo la parola stimando che il soggetto valga la pena d' un novo commento.

Nel caso da noi presentato si trattava di un individuo che a l' esame obbiettivo presentava: faccia senile, testa piccola con fronte bassa e stretta, folta e ispida capigliatura grigia, orecchie ampie ad ansa, torace grasso, ventre cascante a bisaccia, cute priva di peli, distrofia genitale, tendenza al gigantismo, note degenerative.

La sindrome riproduceva completamente il quadro clinico dimostrato or son due anni da Rummo e Ferrannini; e l' infermo da tale descrizione usciva raffigurato in guisa così caratteristica, che ci sembrò assai facile vittoria toglierlo via di fra i tipi *infantili* a malgrado dell' altrui critica.

Ma di più v' era nel nostro infermo, che un' accuratissima esplorazione della regione sottojoidea ci aveva fatto rilevare una lesione della ghiandola tiroide. Questo fatto non era stato constatato nei malati di Rummo.

Ora, poiché nel caso nostro non poteva innanzi tutto sorgere il dubbio di dover distinguere fra malati di diversa forma, dovendo necessariamente essere una la origine morbosa di due sindromi morfologiche fra loro del tutto uguali,<sup>2</sup> a noi parve il

---

1. Rosolino Ciauri. Ancora sul geroderma genito-distrofico o senilismo (Rummo). *Riforma Medica*. Vol. III, n. 4, 1899.

2) Il *profilo duro senile* molto attenuato, che s' è creduto di poter rilevare dal ritratto aggiunto nella nostra nota, non può riferirsi che a la riproduzione fotografica imperfetta.



fenomeno di siffatto valore da imporci la linea dirigitrice nella discussione. Giacchè fin da principio pensammo che per quel segno si potesse giungere a rischiarare, fin ch'era possibile, il problema patogenetico, che non appariva scaturire troppo chiaro dalle induzioni del Rummo, il quale aveva indicato la genito-distrofia come fenomeno primo e causale.

E, cercando, trovammo:

che nella forma pura del mixedema (della cui origine è superfluo dire) la faccia gonfia, glabra, lunare di Gull, con la cute colore di cera gialla, che si ripiega in grinze dove la gonfiezza manca o diminuisce, esprime come nel mixedema possa esistere in potenza la maschera gerodermica; che la faccia gerodermica esiste, e forse anche completa, in alcuna delle forme mixedematose fruste di Thibierge;

che nella grande famiglia dei mixedematosi puri e frusti, che dal *pacha de Bicêtre* illustrato da Bourneville va fino a la famiglia quasi normale descritta da Brissaud, troviamo qua e là, ora in maggiore ora in minor guisa, isolate o riunite o confuse le note principali e secondarie della sindrome di Rummo: capigliatura, voce, anomalie ossee o muscolari, note degenerative, forma del petto e del ventre, mancanza di peli, distrofie genitali ecc. ecc.;

che molti esperimenti su gli animali dimostrano come le lesioni tiroidee influiscano sul generale trofismo, generando i principali di cotesti sintomi.

E quando ci demmo a scorrere l'opera clinica e sperimentale che riguarda le anomalie o le lesioni degli organi della sessualità, potemmo notare:

che la soppressione o la degenerazione lenta o rapida dei testicoli non dà alcuno dei principali sintomi del geroderma.<sup>1</sup>

Però ne veniva di logica il quesito: se nella genesi della gerodermia avesse prima importanza genesica la funzione testicolare deviata o la tiroidea, e porre il quesito dopo tali premesse, era risolverlo.

---

1) I casi di Gaillet, di Martin, di Lereboullet, di Olphan, di Lacassagne, di Charvon, di Coffin non fanno eccezione, come dice il Ciauri, ma secondo abbiamo detto noi e, meglio ancora, secondo ciò che ne dicono gli autori, essi rappresentano semplicemente dei casi di *ginecomastia*.

La principale opposizione dell'Egregio Collega, il quale non discute uno per uno questi punti, ma ci coglie sul fianco, è all'incirca questa:

« le lesioni extrauterine delle ghiandole genitali non sono da paragonare per la genesi e per gli effetti con le anomalie di sviluppo, con le modificazioni secretive che si avverano nella vita embrionale, e nei nostri infermi la lesione è embrionale ».

Certo questa obiezione non è vana, ma chi la riceve non ne resta così colpito come chi la volge. Quando nella embriologia lasciamo il campo anatomico e ci volgiamo a studiare la funzione, noi cadiamo nell'ignoto; e appunto nell'ignoto è lasciato spazio aperto al campeggiare delle ipotesi che, secondo la misura dell'osservatore, esprimono il frutto d'una sintesi più o meno felice. Ma poichè nella scienza l'ignoto si trae brano per brano dai fitti velami che lo avvolgono, valendosi di tutto ciò che ci è noto, e su la nozione del passato si erige quasi tutta la conquista dell'avvenire, così l'ipotesi che intuisce e sintetizza deve avere il suo fondamento sui fatti noti; in caso contrario è profezia. L'ipotesi deve scaturire da la dimostrazione non da l'affermazione, altrimenti si cade nel dogma, e la scienza che procede per dogma non è più scienza, ma religione.

E, rifacendoci al nostro caso, quantunque tutte le teorie, emesse da Kocher e Baumgarten, da Tiedman, da Berthelot ad Albertoni e Tizzoni, a Sanquirico e Canalis, a Fano e Zanda e ad altri più recenti ancora, non ci spieghino completamente l'essenza della funzione tiroidea nel metabolismo organico, è certo che ormai lunga serie di segni ci dimostra a l'evidenza per l'opera clinica o sperimentale gli effetti di cotesta funzione; ed è basandosi su tali conoscenze che trova ragione di sè l'ipotesi, che pure una anomalia embrionale della tiroide (quale noi supponiamo) possa esplicarsi con analoghi segni.

Quando invece si osservi che fuor della vita uterina le alterazioni degli organi genitali non apportano nessuno, o solo in simiglianza sbiadita, di quei segni che si sono descritti per i gerodermici, una ipotesi che riferisca tali fenomeni ad anomalia embrionale dei genitali non può essere che artificiale e costruita a viva forza.

Noi avemmo già occasione di dire che « se si considera la distrofia genitale primitiva in rapporto a difetto di sviluppo embrionale, si potrà affermare talora ch'essa sia indice evidente di un arresto di sviluppo di altri organi e che con essi influisca a l'incompleto sviluppo dell'organismo intero, ma non è possibile ammettere che di per sè sola espliciti un'azione generale decisa e potente ».

In queste frasi si esprimeva in breve ciò che dianzi s'è esposto, ma di più ora ci si rileva una risposta anticipata ad un'altra opposizione che sembra ci venga fatta, ossia: che noi tendiamo a dare sola importanza a la lesione della ghiandola tiroide, trascurando il singolo o concomitante ufficio di altre ghiandole nella genesi delle distrofie organiche.

Tutti sappiamo che al complesso lavoro della vita ogni organo coopera con la sua funzione speciale e aggiunge il suo termine a la somma che esprime la funzionalità generale; e non sempre una ipertrofia vicaria compensa a uno strappo fatto a la legge di Milne-Edwards. Il cuore infermo non altera solo l'idraulica del circolo, nè il rene sclerotico solo la quantità o la composizione urinaria.

Noi pure crediamo che nella distrofia gerodermica la ghiandola tiroide, anomala per volume o per funzione, non debba sola essere lesa: basterebbe pensare a la rete simpatica che la congiunge a gli organi genitali, a la origine comune mesoblastica dei due organi ghiandolari, per pensare subito a una fatale concomitanza o successione di lesioni e però al sovrapporsi nella economia generale di un altro fattore dannoso. Ma le ragioni omai ripetute, i fatti noti, più volte citati, debbono sempre condurci a ritenere secondaria per azione e forse anche per tempo l'anomalia genitale.

Un ultimo argomento d'opposizione si compendia nella risultanza semejologica: « nei malati di Rummo e Ferrannini nessun organo, nessuna ghiandola ha dimostrato tali alterazioni patologiche od anomalie da far concepire altro che una ipotesi genito-distrofica.....; una modificazione morfologica della tiroide non è stata tale da attrarre l'attenzione..... ».

Ma noi rispondiamo che, se per la nosologia del geroderma ci si sofferma senz'altro dinnanzi a l'anomalia genitale e solo

per la luminosa evidenza di questo carattere morfologico si costituisce la forma morbosa, tant'è ricadere nella confusione, che pure il Rummo deplora, e porre tosto in un mazzo gerodermici, infantili di Brissaud, infantili di Laségue e Lorain ecc.; in tutti la distrofia genitale, costituita massimamente da la riduzione di volume, è il sintoma primo, che non isfugge a l'osservazione più superficiale. E invece è dimostrato in modo esauriente che tanto gl'infantili di Brissaud come quelli di Laségue e Lorain debbono ad altri e diversi fattori, che non a l'anomalia genitale, la loro miseria.

Se poi una modificazione morfologica degna di attenzione non fu osservata nella ghiandola tiroide dei malati studiati da Rummo e Ferrannini, contrariamente a ciò che noi abbiamo riscontrato nel nostro caso, non per questo perde del suo valore il nostro concetto patogenetico, perchè non in tutti gl'individui è facilmente palpabile la ghiandola e poi, senza voler entrare adesso nella nota quistione delle tiroidi e paratiroidi nell'uomo, della specificità dei due diversi tessuti, resta sempre da opporre la modificata funzione senza modificazione di forma.

Per questo giudizio ne suffraga ancora la espressione sintomatica generale e particolare dei soggetti, intorno a la quale si è già ridetto e per la quale, almeno per ora, la localizzazione tiroidea della lesione originaria ci offre la ipotesi più razionale.

L'emiplegia completa dell'isterico ci fa pur localizzare nell'emisfero opposto del cervello la lesione patogenetica del sintoma, quantunque noi siamo certi che in quell'organo niun speciale disturbo organico ci sarebbe dimostrato neppure dal microscopio; e ciò appunto perchè tale sintoma non può essere dato che da una lesione crociata, la quale nelle vie nervose sia al di sopra del nucleo del 7.º paio. Così dinnanzi a l'infermo che presenta le note più caratteristiche della famiglia dei mixedematosi, noi poniamo la lesione primitiva o principale in quell'organo che ci si è dimostrato capace di generare quelle note; onde, fino a che non si dimostri che lesioni di altri organi siano atte a generarne di uguali, è d'uopo ritenere che il *geroderma genito-distrofico* debba a miglior ragione essere chiamato *geroderma tireo-distrofico*.

La indagine delle origini offre sempre il più alto problema a lo studio dell'uomo e nelle discipline mediche si dimostra pure

In tutta la sua grandezza con l'offrire la massima utilità per il presidio terapeutico. Ecco uno dei non lievi motivi di questa risposta; poichè per il nostro studio s'impone la indicazione della cura razionale dei gerodermici. Rummo stesso già accenna a la eventuale applicazione della opoterapia, noi indichiamo senz'altro la cura con gli estratti della tiroide. Il nostro infermo di 46 anni, con un femore rotto, ha chiusa innanzi a sè ogni via di speranza, ma gl'infermi giovani di Rummo e Ferrannini potranno forse fruirne vantaggi e non da poco.

Potrà forse anche da cotesta cura uscire un criterio *e juvenilibus* che, senza avere l'importanza di quello che s'origina per altri rimedi, assuma valore nella quistione; tanto più che la cura tiroidea non offre una panacea universale <sup>1</sup> (come si crede da taluni e specie quando l'usano insieme ad altri mezzi terapeutici), pure dimostrando un'azione piuttosto generalizzata su l'organismo e di una efficacia molto più autentica che non quella del succo testicolare preconizzata da Mantegazza e trapiantata nel laboratorio di Brown-Séquard.

Questa *risposta ad una rivista critico-sinletica* fu già inserita nella *Riforma Medica* (Vol. III. pag. 265, 1899) ed il dottor Ciauri credette di doverci rispondere un'altra volta riaffermando senza fatti nuovi i giudizi del suo maestro prof. Rummo.

Essendo poi convenuto di lasciar sospesa la discussione fino a la pubblicazione completa dello studio del geroderma genito-distrofico, non ci è lecito criticare di nuovo gli usati argomenti del dott. Ciauri e gli concediamo il vantaggio dell'ultima parola. Fuor della cosa convenuta sono tuttavia i risultati delle sedute del X Congresso di Medicina interna tenuto a Roma su la fine d'Ottobre dell'anno scorso e intorno a quelli possiamo fare qualche breve osservazione.

Il tema della autonomia clinica del geroderma genito-distrofico doveva - così nella nota delle memorie da presentare - essere trattato dal prof. Rummo, ma non lo fu. I resoconti sommarî della *Riforma Medica* e della *Gazzetta degli Ospedali* c'informano che in vece sua due allievi parlarono su la quistione; e, prima, il

---

1) Già Mendel trovò che nell'*acromegalia* la cura con gli estratti di ghiandola pituitaria produceva assai migliori effetti della cura tiroidea,

dott. Ciauri dichiarò cotesta autonomia, descrivendo la speciale sindrome morfologica dei malati, discutendo la diagnosi differenziale con altre forme di distrofia e concludendo intorno a la patogenesi per una lesione delle ghiandole genitali; Andrea Ferrannini, dopo, riferì su due gerodermici curati uno con l'uso della tiroide, l'altro col succo testicolare.

Ma il Ciauri disse, fra l'altre notizie, che alcuni malati di geroderma genito-distrofico sono capaci di fecondare e di dare prole viva e vitale; ora, davanti a questi casi, viene spontaneo il dimandarsi di qual fatta debba essere mai quella tale lesione testicolare che determina tutta una complessa sindrome - e tale da giustificare l'avvento di un nuovo tipo clinico di malattia - e non ispegne proprio la funzione riproduttiva, quella nobile e specifica della ghiandola genitale.

Nella comunicazione del Ferrannini troviamo che uno de' suoi infermi fu curato con la tiroide; migliorò, guarì o invece s'intossicò per ipertiroidismo? Il sunto della *Riforma* non s'occupa di tal risultato importante, ma noi dobbiamo osservare con piacere che il concetto di una possibile terapia tiroidea sia tenuto in conto da chi s'è occupato primitivamente della sindrome e della patogenesi gerodermica.

Soprattutto poi è da notare il giusto e prudente riserbo dimostrato dal prof. Rummo - levatosi in ultimo a confortare con la sua grande autorità le parole degli allievi - il quale, giudicando la denominazione di *senilismo* più opportuna che quella di *geroderma genito-distrofico*, ebbe a dire: ' «..... la parola senilismo non pregiudica la nozione patogenetica ancora *completamente* ignota e *solo presumibilmente* rappresentata da una distrofia delle ghiandole genitali..... ».

---

## **Il grado di alcalinità del sangue nella frenosi pellagrosa**

pel Dott. Luigi Cappelletti

Il sangue nei pellagrosi è stato oggetto di numerose ed importanti ricerche (Lussana, Seppilli, Cuboni, Vassale, Ago-

---

1) *Riforma Medica* Vol. IV, n. 31, pag. 363, 1899.

stini ecc.). Il problema della patogenesi della pellagra stimolò gli osservatori a studiare cotesto tessuto che rappresenta il centro del metabolismo generale, il veicolo per cui l'intero organismo si nutre e nel quale, come in un torrente epuratore, gitta i suoi prodotti di rifiuto.

Ma il grado alcalimetrico del sangue, quantunque da quasi un ventennio e per opera di numerosi osservatori sia stato preso in esame nel campo della medicina interna, nei pellagrosi è divenuto oggetto di particolare studio solo da poco tempo, per parte di Lui <sup>(1)</sup>. E si che in tali malati lo esame di questa proprietà del sangue apparisce di evidente importanza a pena se ne considerino gli intimi rapporti con lo stato del ricambio materiale, coi perturbamenti dell'organismo da etero ed auto-intossicazioni, da infezioni ecc. Per ciò ho ritenuto non inutile studiare l'alcalescenza del sangue in 20 infermi di pellagra tipica accolti quest'anno nel nostro Istituto: tanto più che le osservazioni di Lui hanno dato conclusioni interessanti e che due pregevoli lavori di Lambranzi su l'alcalinità del sangue in condizioni fisiologiche e in alcune malattie mentali hanno - assai recentemente - ribadito la importanza di questa ricerca <sup>(2)</sup>.

### Metodo delle ricerche

La letteratura dei metodi usati da più di trenta anni per la misurazione dell'alcalescenza del sangue è ricca e nota, e mi dispenso dal riferirla rimandando il lettore che desiderasse apprenderla ai trattati di fisiologia (Landois, Luciani) alle memorie di Cavazzani, Barbera ecc., specialmente alla monografia di Lambranzi su l'alcalinità fisiologica del sangue, nella quale è accuratamente riferita.

Io ho adoperato il metodo seguito dal Lambranzi, che trae da quello molto noto del Landois le norme principali e migliori di tecnica con qualche modificazione che lo rende di più facile

- 
- (1) Lui. Sul comportarsi dell'alcalinità del sangue in alcune forme psicotiche e nell'epilessia. *Rivista Sper. di Freniatria ecc.* Reggio-Emilia, 1898.  
(2) Lambranzi. Alcune ricerche fisiologiche su l'alcalinità del sangue. *Atti dell'Accad. di Scienze Mediche e Naturali di Ferrara*. Fasc. I. II. 1899.  
Id. - L'alcalinità del sangue in alcune malattie mentali. *Rivista di Patologia nervosa e mentale*. Firenze, 1899.

esecuzione e ne assicura, per quanto è possibile, l'esattezza: mi sono convinto, in confronto di altri metodi, che risponde bene alle esigenze d'uno sperimentare rigoroso. E chi di tale ricerca si è occupato sa quanto sia facile, non usando o non potendo usare sempre col massimo rigore i medesimi precetti di tecnica, cadere in errori anche grossolani. Lo riassumo brevemente.

Prima di tutto accurata lavatura e disinfezione della superficie cutanea del polpastrello di un dito della mano con acqua tiepida e sapone, etere solforico, sublimato corrosivo ed alcool a 90°. Poi da una piccola incisione compiuta con la lama sterilizzata di un bisturi si lascia sgorgare liberamente in una buretta di vetro, la cui estremità superiore foggata ad imbuto accoglie la superficie ferita del dito, un quarto di centimetro cubico di sangue, il quale viene immediatamente a contatto e si mescola colla soluzione satura di solfato di sodio (8 - 10 cm<sup>3</sup>) contenuta nella bolla, in cui, terminato il piccolo imbuto, si espande la buretta, che, nel mentre il sangue cola, viene dallo sperimentatore agitata leggermente. La buretta per mezzo di un sottile tubo e d'un tappo di gomma comunica con una bottiglia contenente due centimetri cubici di soluzione  $\frac{N}{50}$  di acido solforico, nella quale si fa scorrere rapidamente il sangue aprendo il rubinetto che chiude la bolla in basso. Poi si toglie la buretta e si chiude la piccola bottiglia con tappo smerigliato.

Per procedere alla misurazione del grado alcalimetrico si adopera una soluzione  $\frac{N}{50}$  di soda che lentamente - a gocce - si fa cadere *dopo un quindici minuti* da una pipetta di Mohr graduata in modo che ogni linea rappresenta un centesimo di cm<sup>3</sup> e che serve a saturare l'eccesso di acido solforico. A indicare il variare della reazione serve ottimamente la carta di tornasole tagliata in sottili striscie. La misura dell'alcalinità si desume facilmente conoscendosi che a un cm<sup>3</sup> di soluzione  $\frac{N}{50}$  di acido solforico corrisponde gr. 0,0008 di soda. È utile riscontrare frequentemente le soluzioni di acido solforico, di soda e di solfato di sodio. Questo metodo è - come si vede - di non difficile esecuzione: la maggiore difficoltà sta nel sapere distinguere nella carta di tornasole quella *nuance* di colorazione azzurra che indica l'avvenuta saturazione con la soda dell'eccesso d'acido solforico: con-



viene, prima di accingersi alle ricerche, eseguire numerose esperienze preliminari. La buretta che io ho adoperato fu quella stessa di cui si serviva il Lambranzi e della quale io aveva controllato la esatta graduazione fatta dal collega. Questa graduazione era eseguita in guisa che potevasi rigorosamente tener conto d'ogni piccola quantità di sangue che per avventura fosse colato in più del  $\frac{1}{4}$  di  $\text{cm}^3$ , ordinariamente adoperato per eseguire la ricerca.

Ho studiato 20 malati, 10 uomini e 10 donne, nei quali praticavo lo esame del sangue sempre alla stessa ora, alle 10 o 10  $\frac{1}{4}$ , antim., tre ore dopo, cioè, il primo pasto della mattina. Di ogni malato prendevo il peso appena ammesso nel Manicomio e nel tempo successivo di sua presenza e redigevo l'esame obbiettivo quotidianamente. Ho scelto infermi mediocrementemente gravi, gravi e gravissimi per avere un concetto del comportamento dell'alcalescenza del sangue nei varî stati della intossicazione pellagrosa. Ognuno degli infermi aveva le stigmate caratteristiche della pellagra così da rendere certa la diagnosi.

### Osservazioni

#### UOMINI

**Oss. I.** F. Enrico, fu Pietro, di San Martino, d'anni 57. Fu altre volte ricoverato per psicosi pellagrosa. Uomo di alta statura, di costituzione fisica sana e vigorosa prima della malattia. Ammesso il 30 Gennaio 1899. Peso del corpo kg. 54.

*Esame obbiettivo.* Eritema alle mani, agli avambracci. Notevole deperimento fisico. Frequenti vertigini. Pirosi. Diarrea. — Mediocre depressione psichica e confusione delle idee. Agripnia.

2 Marzo. Stesse condizioni di quando é entrato . . . Alc. 0. 320

31 Marzo . . . id. . . id. . . Alc. 0. 325

15 Aprile. Migliorato fisicamente per essere scomparsa la diarrea ed aumentate le forze: il peso corporeo è uguale.

Condizioni psichiche immutate . . . Alc. 0. 325

10 Maggio. Si è tentato mandarlo a casa per cedere a le istanze de la famiglia: ma dopo 9 giorni è stato riammesso Alc. 0. 322

L'infermo, sempre uguale, è tuttora qui degente.

**Oss. II.** P. Pietro, di Giuseppe, residente a Casaglia, d'anni 57. Fu altre volte ricoverato per psicosi pellagrosa. Uomo di media statura, di costituzione fisica robusta avanti la malattia. Ammesso il 16 Marzo 1899. Peso del corpo kg. 52.

*Esame obbiettivo.* Condizioni fisiche defioientissime. Funzioni digerenti al tutto normali. Psicosi a tipo depressivo con notevoli disturbi nel corso e nel contenuto delle idee.

17 Marzo . . . . . Alc. 0. 315

6 Aprile. L'infermo è alquanto migliorato . . . Alc. 0. 320

30 Aprile. L'infermo fisicamente è guarito: scomparsa degli eritemi, aumento delle forze, aumento del peso corporeo, kg. 55: le condizioni psichiche molto migliorate essendo scomparso ogni accenno di disturbo nel contenuto delle idee: rimane un leggero grado di depressione psichica e di abulia. Alc. 0. 342

10 Maggio. L'infermo si può considerare guarito . . . Alc. 0. 340

È stato trattenuto qualche tempo ancora nel Manicomio a cagione delle tristissime condizioni della sua famiglia ed è stato dimesso il 30 Settembre.

**Cas. III.** P. Giorgio, fu Gaetano, di Sandalo (Portomaggiore) d'anni 48. Ammesso il 21 Marzo 1899. Uomo di costituzione fisica vigorosa in condizioni normali. Poco tempo avanti l'ammissione presentò disturbi psico-sensoriali, tendenza spiccata al suicidio.

*Esame obbiettivo.* Uomo di media statura; peso del corpo kg. 60. Condizioni fisiche discrete. Eritema e prurito nel dorso delle mani, su la fronte. Alvo normale. Depresso, ansioso, con idee di rovina. Cosciente ma spesso disorientato nel conoscere il luogo, chi lo assiste. Sonno quasi normale.

23 Marzo . . . . . Alc. 0. 336

27 Marzo. Medesime condizioni . . . Alc. 0. 336

12 Aprile. Molto migliorato psichicamente. Condizioni fisiche immutate per ciò che riguarda la nutrizione generale. Scomparso l'eritema nelle mani e nella fronte: la pelle in queste regioni appare leggermente pigmentata in color bruno. Alc. 0. 339

28 Aprile. L'infermo è guarito . . . Alc. 0. 348

30 Aprile. È dimesso: condizioni psichiche normali. Fisicamente anche migliorato. Leggero aumento del peso del corpo.

**Cas. IV.** M. Cipriano, fu Luigi, di Cassana, d'anni 48. Ammesso il 6 Aprile 1899. Uomo di gracile costituzione. La malattia scoppiò quasi improvvisa con fenomeni di confusione della mente, agrippnia: si è rapidamente aggravata nel volgere di una diecina di giorni.

*Esame obbiettivo.* Uomo di media statura: peso del corpo kg. 43. Gravi condizioni generali: denutrizione considerevole, febbre alta, sitofobia quasi completa, anuria, mutismo, paralisi psichica. Si nutrice con la sonda. Si evacua la vescica con la siringatura.

7 Aprile . . . . . Alc. 0. 260

17 Aprile. L'infermo è notevolmente migliorato, specie nelle condizioni

fisiche: si nutre spontaneamente e a sufficienza: la febbre è dileguata . . . . . Alc. 0. 304

22 Aprile. L'infermo è assai debole ma in assoluta convalescenza . . . . . Alc. 0. 336

30 Aprile. Miglioramento fisico notevolissimo: aumento del peso del corpo. Psicicamente l'infermo appare un po' smarrito, debole nell'attenzione, lento nella ideazione con qualche errore nel contenuto ideativo: contegno corretto, tranquillissimo. Alc. 0. 352

L'infermo è andato lentamente ma progressivamente migliorando nelle condizioni psichiche e il 30 settembre è stato dimesso al tutto guarito.

**Oss. V.** B. Luigi, fu Carlo, di Gambulaga, d'anni 52. Ammesso il 7 Aprile 1899. Fu sempre di debole costituzione fisica. Da due anni aveva presentato alcuni dei sintomi somatici della pellagra: eritemi, debolezza generale, specie alle gambe. Dieci giorni avanti l'ammissione presentò fenomeni di eccitamento psichico, disturbi psico-sensoriali, tendenza al suicidio.

*Esame obiettivo.* Uomo di giusta statura. Grado mediocre di deperimento fisico: peso del corpo kg. 52. Arrossamento eritematoso e prurito al dorso delle mani. Viso arrossato: congiuntive iniettate. Alvo stitico. Eccitamento psichico e confusione. Spesso grida, balza nel sonno e s'aggira per la stanza.

8 Aprile . . . . . Alc. 0. 336

20 Aprile. Assai moderato l'eccitamento psichico. Sonno normale. Fisicamente nulla di variato . . . . . Alc. 0. 336

6 Maggio. Miglioramento notevole nelle condizioni fisiche e psichiche . . . . . Alc. 0. 336

16 Maggio. L'infermo che era considerevolmente migliorato è improvvisamente tornato nelle condizioni di quando fu ammesso: notevole eccitamento psichico e confusione mentale Alc. 0. 334

31 Maggio. Il peggioramento è durato 6 giorni: poi l'infermo è tornato a migliorare rapidamente. Ora le condizioni psichiche sono normali e altrettanto può dirsi di quelle fisiche: scomparso infatti l'eccitamento e la confusione delle idee, divenuta più florida la nutrizione generale, cresciuto il peso del corpo . . . . . Alc. 0. 350

L'infermo è dimesso il 1 Luglio.

**Oss. VI.** B. Sidraco, fu Paolo, di Traghetto, d'anni 62. Ammesso il 7 Aprile 1899. Fu sempre di debole costituzione. 5 mesi avanti l'ammissione cominciò a soffrire di diarrea, indebolimento delle forze, abulia: poi comparve l'eritema alle mani. Tentò il suicidio gittandosi in un pozzo. Peso del corpo kg. 45.

*Esame obiettivo.* Vecchio di bassa statura, denutrito. Eczema alle mani. Alvo diarroico. Depresso, confuso, insonne.

8 Aprile . . . . . Alc. 0. 322

12 Aprile. In letto con un po' d'ansia e di eccitazione motoria. Febbre . . . . . Alc. 0. 310.

Il 14 Aprile sono comparsi fenomeni di catarro bronchiale, poi segni di pneumonite ipostatica e il 25 è morto.

**Oss. VII.** S. Giuseppe, fu Fedele, di Baura, d'anni 55. Fu altre volte affetto da psicosi pellagrosa. Uomo di statura vantaggiosa, di costituzione robusta prima della malattia. Ammesso il 7 Aprile 1899. Prima dell'ammissione fece tentativi di suicidio. Peso del corpo kg. 64.

*Esame obbiettivo.* Stigmate visibilissime della pellagra. Mediocre grado di deperimento fisico. Funzioni digerenti normali. Fenomeni di eccitamento, rapidità, volubilità, disordine ideativo, iperminia. Vertigini, cefalea, agripnia.

8 Aprile . . . . . Alc. 0. 320

18 Aprile. Malato complessivamente migliorato . . . . . Alc. 0. 322

24 Aprile. Il malato è improvvisamente peggiorato. Grave disordine ideativo. Accessi di agitazione motoria. Viso congesto, scomposto. Stipsi . . . . . Alc. 0. 313

10 Maggio. L'infermo è tornato a migliorare . . . . . Alc. 0. 320

25 Maggio. Lo stato psichico è tornato alla norma. Anche fisicamente è migliorato come si rileva dall'aumento del peso corporeo. . . . . Alc. 0. 322

L'infermo fu dimesso apparentemente guarito il 2 Luglio. È stato però ricondotto al Manicomio due giorni dopo ed ora è sempre qui ricoverato, demente.

**Oss. VIII.** B. Secondo, fu Vincenzo, di Villanova, d'anni 42. Ammesso il 9 Aprile 1899. Fu malato altre volte di psicosi pellagrosa. Costituzione fisica discreta in condizioni normali. Venne inviato al Manicomio per aver dato manifesti segni di alienazione mentale: depressione, tendenza al suicidio.

*Esame obbiettivo.* Uomo di media statura, notevolmente dimagrato, pallido. Peso del corpo kg. 47. Eczema alle mani: pigmentazione nel collo, nella fronte. Piroso. Depressione psichica, atteggiamento melanconico, abulia. Lentezza nel corso delle idee.

12 Aprile . . . . . Alc. 0. 326

20 Aprile. Il malato è nelle stesse condizioni . . . . . Alc. 0. 326

10 Maggio. L'infermo è migliorato assai fisicamente: così pure psichicamente . . . . . Alc. 0. 340

25 Maggio. L'infermo ha riacquisito una nutrizione generale soddisfacente: aumentato il peso del corpo. Cresciuto l'appetito, scomparso il senso di piroso. Nella pelle delle mani non v'è più eritema. Psichicamente l'infermo è tornato in condizioni normali, non più depresso anzi leggermente eccitato, di quell'eccitazione, s'intende, che dà la conoscenza della salute riacquisita . . . . . Alc. 0. 348

L'infermo assolutamente guarito è poco dopo dimesso dal Manicomio (29 Giugno).

**oss. IX.** B. Luigi, fu Antonio, di Consandolo, d'anni 63. Ammesso il 24 Aprile 1899. Uomo di media statura, di costituzione robusta avanti che ammalasse. Due mesi prima dell'ammissione al Manicomio dette i primi segni di alterazione mentale: confusione, agripnia, depressione melanconica. Tentò il suicidio gittandosi in un pozzo. Peso del corpo kg. 57.

*Esame obbiettivo.* Deperimento fisico mediocre: diarrea, piroso, forti. Eritema alle mani. Vertigini, depressione melanconica e indebolimento mentale, facile emotività, agripnia.

25 Aprile . . . . . Alc. 0. 297

4 Maggio. Rapido miglioramento fisico: aumento delle forze e del peso del corpo. Quasi scomparso il tono psichico depressivo . . . . . Alc. 0. 352

L'infermo guarito fisicamente e anche psichicamente per ciò che riguarda la depressione melanconica; del resto rimane quello che già era, cioè un vecchio intellettualmente esaurito.

**oss. X.** P. Giuseppe, fu Domenico, di Scortichino (Bondeno), d'anni 40. Ammesso il 3 Maggio 1899. Fu altre volte affetto da psicosi pellagrosa. Congenitamente di gracile costituzione fisica. Tre mesi avanti l'ammissione ebbe i primi segni della pellagra: eruzione caratteristica alle mani e al collo, dimagrimento, diminuzione delle forze, specie a gli arti inferiori. Poi s'aggravarono i fenomeni (in aprile): comparve diarrea, s'aggravò il deperimento della nutrizione generale, si manifestarono disturbi psichici a carattere depressivo. Tentò il suicidio.

*Esame obbiettivo.* Uomo di statura vantaggiosa, magro, pallido, emaciato. Peso del corpo kg. 47. 500. Eritema alle mani. Piroso, diarrea. Notevole confusione mentale: depressione psichica mediocre.

4 Maggio . . . . . Alc. 0. 304

10 Maggio. La diarrea è infrenabile. Profonda confusione e depressione mentale. . . . . Alc. 0. 297

Alla diarrea, rimasta sempre infrenabile, successe un'emaciazione progressiva, trombosi marantica degli arti inferiori, esaurimento cachettico: l'infermo è morto il 12 Luglio.

#### DONNE

**oss. XI.** A. Luigia, fu Alessandro, di Bondeno, d'anni 39. Ammessa il 13 Marzo 1899. Già altre volte affetta da frenosi pellagrosa. Fu sempre di gracile costituzione. Due mesi avanti l'ammissione si sono presentati i primi segni somatici della pellagra che a grado a grado si sono aggravati. Poi sono comparsi fenomeni psichici: cefalea, vertigini, delirio, agripnia.

*Esame obiettivo.* Donna di piccola statura, molto denutrita: peso del corpo kg. 41.500 Eritema molto spiccato alle mani, al collo: labbra aride, screpolate. Digestione faticosa. pirosi, alvo irregolare: debolezza delle forze. Mediocre grado di depressione psichica: nessun disturbo nel contenuto delle idee. Cefalea: qualche capogiro.

15 Marzo . . . . . Alc. 0. 320

23 Marzo. Lo stato dell'inferma non è gran che variato, quantunque appaia una visibile tendenza al miglioramento. Alc.0. 322

29 Marzo. Il miglioramento si va accentuando: la cefalea è scomparsa, la pelle delle mani, del collo si desquama. L'alvo è regolare . . . . . Alc. 0. 320

12 Aprile. L'inferma è completamente guarita: alle mani e al collo la pelle è divenuta normale. Non v'ha più traccia di depressione psichica nè di cefalea. L'alvo è normale, l'appetito buono: il peso del corpo aumentato . . . . . Alc. 0. 336

13 Aprile. L'inferma è dimessa dal Manicomio in ottime condizioni.

**oss. XII.** Z. P. Zaira, di Giorgio, da Copparo, d'anni 42. Ammessa il 28 Marzo 1899. Ebbe costituzione fisica robusta. Da qualche anno avea le stimate della pellagra. Tre giorni avanti l'ammissione al Manicomio sorsero improvvisi e gravi disturbi mentali: delirio, insonnia, tendenza al suicidio, sitofobia.

*Esame obiettivo.* Donna non molta denutrita, di mediocre statura: peso del corpo kg. 47. È distesa in letto, supina. Un movimento a scosse agita continuamente gli avambracci che, flessi sui bracci e contratturati, branciano nell'aria. Cercando di estendere l'avambraccio, si trova una forte resistenza. I muscoli della faccia, del collo hanno frequenti e disordinate contrazioni. Il viso prende in certi momenti l'espressione del riso sardonico tetanico. Iperestesia generale. Aumento dei riflessi. Febbre alta. Alvo stitico. L'inferma è in grave stato di stupore, non rifiuta il cibo.

29 Marzo . . . . . Alc. 0. 278

31 Marzo. Condizioni invariate . . . . . Alc. 0. 281

3 Aprile. L'inferma, con alta febbre, muore . . . . . Alc. 0. 272

**oss. XIII.** T. Maria fu Pietro, di Zocca (Copparo) d'anni 48. Ammessa il 3 Aprile 1899. Ebbe robusta costituzione. I sintomi della pellagra insorsero acutamente sotto forma di grave abbattimento, confusione della mente, sitofobia.

*Esame obiettivo.* Donna non molto denutrita, di media statura: peso del corpo kg. 47. Eritema appena accennato nelle mani. Febbre alta. Arti superiori contratti, semiflessi: movimenti atetoidi delle dita. Contrazioni fibrillari dei muscoli del viso. Iperestesia: aumento dei riflessi tendinei: lingua secca: alito fetente. Alvo stitico. Alimentazione non forzata. Coscienza profondamente annebbiata: grave depressione.

|                                                                                  |             |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 6 Aprile . . . . .                                                               | Alc. 0. 288 |
| 9 Aprile. Grave peggioramento generale: stato tetanico:<br>febbre alta . . . . . | Alc. 0. 268 |
| 10 Aprile. Morte.                                                                |             |

**CAS. XIV.** L. C. Anna, di Luigi, da Portomaggiore, d'anni 37. Ammessa il 6 Aprile 1899. Fu già altre volte malata di frenosi pellagrosa. Fu sempre di poco robusta costituzione. Da qualche mese aveva alcuni sintomi della pellagra: eritema, cefalea, debolezza generale. Sei giorni avanti la ammissione presentò fenomeni di mediocre eccitamento, fece tentativi di suicidio.

*Esame obbiettivo.* Donna molto denutrita, di statura poco inferiore alla media; peso del corpo kg. 40. Ha le note stimate della pellagra sulla pelle. Digerisce male, ha pirosi, è stitica. Notevole indolimento delle forze. Psicologicamente appare confusa, un po' disordinata, con qualche idea delirante a colorito persecutivo. Accusa mal di capo.

|                    |             |
|--------------------|-------------|
| 7 Aprile . . . . . | Alc. 0. 320 |
|--------------------|-------------|

19 Aprile. Condizioni fisiche invariate. Psicologicamente sta peggio: è eccitata, inquieta: inveisce con offese e minacce contro chi l'assiste . . . . . Alc. 0. 313

29 Aprile. Fisicamente meglio: così pure per le condizioni psichiche. L'inferma sempre confusa, ma quieta . . . Alc. 0. 326

10 Maggio. Fisicamente molto migliorata, come si rileva anche dall'aumento del peso del corpo. Ma la mente non è snebbiata e permane qualche idea delirante persecutiva. Non accusa più cefalea . . . . . Alc. 0. 326

L'inferma è rimasta per lungo tempo nelle medesime condizioni psichiche. Anche il miglioramento nelle condizioni fisiche, interrotto da qualche breve episodio di disturbi intestinali, è proceduto assai lento. La malata fu poi dimessa guarita ai quindici di Ottobre.

**CAS. XV.** G. F. Maria, fu Michele, di S. Biagio (Bondeno) d'anni 60, già altre volte ricoverata per frenosi pellagrosa. Ammessa il 7 Aprile 1899. In condizioni normali era di costituzione fisica buona. Lentamente sono incominciati i fenomeni della pellagra; rossore e prurito nella pelle del dorso delle mani, prostrazione di forze, diarrea. Poco avanti l'ammissione al Manicomio presentò fenomeni di eccitamento, tendenza a fuggire, agripnia.

*Esame obbiettivo.* Donna di statura poco superiore alla media, in condizioni di notevole denutrizione: peso del corpo kg. 40. Alle mani e al collo la pelle è arrossata e sede di prurito: l'alvo è diarroico. L'inferma è loquace, canta, fa discorsi sconnessi. Ha momenti di quiete in cui è cosciente ed ha esatta nozione de l'ambiente e memoria de le cose.

|                    |             |
|--------------------|-------------|
| 9 Aprile . . . . . | Alc. 0. 310 |
|--------------------|-------------|

14 Aprile. Continuano i fenomeni di eccitamento: le condizioni fisiche sono presso che immutate . . . Alc. 0. 312

24 Aprile. L'inferma è quieta, un po' smarrita della mente; le condizioni di salute generale sono migliori e l'alvo è quasi tornato a funzione normale . . . . . Alc. 0. 310

10 Maggio. L'inferma presenta un certo grado di obnubilamento psichico che si rivela nella lenta ideazione, nella difficoltà di fissare l'attenzione. Fisicamente appare migliorata ed è cresciuta di peso: l'alvo è normale . . . . . Alc. 0. 316

L'inferma è rimasta per lungo tempo ancora nel Manicomio per aver presentato episodi di diarrea copiosa che aggravava molto le condizioni della sua nutrizione. La mente si è andata a poco a poco rasserenando così che è stata dimessa guarita il 22 Ottobre e in condizioni di salute fisica abbastanza buona. La riluttanza dell'inferma mi ha impedito di praticare ulteriori esami del sangue.

**Ons. XVI.** A. D. Margherita, fu Angelo, da Francolino, d'anni 58. Ammessa il 7 Aprile 1899. Fu sempre di costituzione gracile. Era da qualche mese affetta da sintomi fisici di pellagra: eritema, diarrea ecc. Poi, quasi a un tratto, si manifestarono fenomeni psichici: allucinazioni, idee deliranti, sitofobia.

*Esame obbiettivo.* Donna piuttosto denutrita, di statura vantaggiosa: peso del corpo kg. 52. È pallida, debole, con residui di eritema alle mani; ha capogiri, ha sonno breve e interrotto. Notasi un considerevole rallentamento ideativo, qualche disturbo nel contenuto delle idee non consolidato in delirio. Mangia spontaneamente.

8 Aprile . . . . . Alc. 0. 313

20 Aprile. Presenta un generale ma leggero miglioramento Alc. 0. 326

30 Aprile. L'inferma sta psichicamente bene: fisicamente è assai migliorata e cresciuta nel peso del corpo Alc. 0. 326

L'inferma rinfrancata sempre meglio nel suo stato fisico fu dimessa guarita il 21 Maggio.

**Ons. XVII.** P. F. Maria, fu Luigi, di Porotto, d'anni 54. Ammessa il 21 Aprile 1899. Fu sempre di debole costituzione. Un anno fa ammalò di pellagra ma rapidamente guarì. Due mesi avanti l'ammissione cominciò ad accusare insonnio, cefalea. I fenomeni sono a grado a grado aumentati, e l'inferma è piombata poi rapidamente in uno stato di grave abbattimento, confusione mentale, sitofobia, mutismo.

*Esame obbiettivo.* Donna di bassa statura, in condizioni di nutrizione poco soddisfacenti: peso del corpo kg. 35. Eritema alle mani: febbre alta, stato tetanoide generalizzato, contrazioni fibrillari nei muscoli del viso, tremore degli arti nei movimenti volontari, iperestesia, riflessi tendinei esagerati, bocca arida, lingua ricoperta di densa patina. L'inferma non rifiuta il cibo: feci fluide. Profondo smarrimento, coscienza crepuscolare.

22 Aprile . . . . . Alc. 0. 284



26 Aprile. Le condizioni sono sempre gravissime: la febbre è cresciuta . . . . . Alc. 0. 278

29 Aprile. L'inferma è sempre grave e con febbre alta: nelle condizioni generali notasi un leggiero miglioramento: lo stato tetanoide è mitigato assai, minori l'iperestesia, tremore ecc. più desta la coscienza; il polso più valido . . . Alc. 0. 276

L'inferma rapidamente è caduta di nuovo in grave stato e con febbre altissima è morta il 3 Maggio.

**Cas. XVIII.** B. P. Maria, fu Antonio, di Francolino, d'anni 64. Ammessa il 25 Aprile 1899. Donna di discreta costituzione fisica nel periodo di salute normale. Nel cadere dell'inverno si manifestarono in lei alcuni sintomi della pellagra: eritemi, debolezza generale, denutrizione; fu perciò condotta all'Arcispedale in Ferrara. Qui dopo alcuni giorni presentò fenomeni di eccitamento e di confusione delle idee, agripnia, tendenza al suicidio: fu per ciò inviata al Manicomio.

*Esame obiettivo.* Donna di giusta statura, mediocrementemente denutrita: peso del corpo kg. 47. Eritema alle mani e al collo. Pirosi. Alvo alquanto stitico. Agripnia. Mediocre grado di eccitamento: leggero disordine nel corso delle idee.

26 Aprile . . . . . Alc. 0. 310

2 Maggio. Molto migliorata psichicamente: anche fisicamente i fenomeni hanno proceduto verso il meglio: è evidente la tendenza della nutrizione generale a migliorarsi. . . Alc. 0. 320

15 Maggio. L'inferma psichicamente è guarita. La nutrizione generale ha molto avvantaggiato come si rileva dall'aumento del peso del corpo. La pelle delle mani e del collo è pigmentata ma non ha segni di eritema. . . . . Alc. 0. 320

21 Maggio. L'inferma è dimessa assolutamente guarita.

**Cas. XIX.** C. R. Giuseppina, esposta, di S. Martino, d'anni 32. Ammessa il 30 Aprile 1899. Ebbe costituzione fisica robusta. Soffriva da circa 8 anni di pellagra. Improvvisamente - 15 giorni avanti l'ammissione - diventò eccitata, insolente, insonne.

*Esame obiettivo.* Donna non denutrita, di mediocre statura: peso del corpo kg. 54. Eritema alle mani. Viso arrossato, lingua secca, labbra arida screpolate. Scosse fibrillari nei muscoli del viso; tremore degli arti nei movimenti volontari, tremore di tutta la persona allor che la malata si prova di sollevare il tronco dal letto in cui giace supina. Riflessi tendinei esagerati. Sensibilità generale accresciuta. Alvo normale. Polidipsia. Non rifiuta cibo. Ha le mestruazioni. Febbre moderata. Profondo abbattimento e disorientamento psichico: sembra abbia qualche allucinazione visiva. Agripnia.

6 Maggio . . . . . Alc. 0. 249

10 Maggio. Condizioni gravissime: stato tetanico generalizzato. Febbre alta. Cessate le mestruazioni . . . . . Alc. 0. 284

11 Maggio. L'inferma muore.

**Cas. XX.** M. B. Gaetana fu Luigi, di Vigarano Mainarda, d'anni 50. Ammessa il 1 Maggio 1899. Fu di robusta costituzione. In Marzo cominciarono i fenomeni fisici della pellagra. Poi a un tratto scoppiarono i disturbi psichici: confusione della mente, allucinazioni, sitofobia.

*Esame obiettivo.* Donna di statura vantaggiosa, non molto denutrita: peso del corpo Kg. 50. Ha eritema evidentissimo alle mani, digestione torpida, alvo stittico. Ha febbre. Fenomeni di grave abbattimento; allucinazioni visive, sitofobia. Si nutre con la sonda.

4 Maggio . . . . . Alc. 0. 256

10 Maggio. È considerevolmente migliorata nello stato psichico tanto che risponde abbastanza prontamente alle domande e con sicurezza. La febbre è scomparsa. L'alimentazione si svolge normalmente . . . . . Alc. 0. 336

25 Maggio. L'inferma fisicamente è presso a poco nelle stesse condizioni, non così psichicamente poichè è caduta in un grave stato di passiva depressione. È in letto e non brama alzarsi . . . . . Alc. 0. 310

Comparvero poi disturbi intestinali sotto forma di diarrea invincibile: in mezzo a un progressivo marasmo, l'inferma, esaurendosi lentamente, muore il 29 Novembre.

### Conclusioni

Raccolgo in tabelle le mie osservazioni, raggruppando per età e per sesso gli infermi e ponendo per ciascun gruppo il grado d'alcalescenza del sangue che si sarebbe dovuto in condizioni di salute normale ottenere e che desumo dalle ricerche praticate in individui sani col metodo da me adoperato (1): così è facile osservare a colpo d'occhio il comportamento dell'alcalinità del sangue nei differenti stati della intossicazione pellagrosa.

---

(1) Lambranzi. Alcune ricerche fisiologiche su l'alcalinità del sangue (l. c.).

**TAVOLA I.<sup>a</sup>**

Uomini adulti - Grado alcalimetrico del sangue in condizioni fisiologiche:

Limiti : 0. 336 - 0. 365 — Media 0. 348

| Numero della Osservaz. | Età | SINTOMI — DECORSO                                                                                                  | Grado alcalimetr. del sangue |
|------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| X                      | 40  | 4 Maggio; depressione e confusione mentale: disturbi gastro-intestinali: forte emaciazione.                        | 0. 304                       |
|                        |     | 10 Maggio: aggravamento dei fen. psych. depress.: diarrea infrenabile                                              | 0. 297                       |
|                        |     | 12 Luglio: morte in profondo marasmo.                                                                              | —                            |
| VIII                   | 42  | 12 Aprile: fenomeni di depressione, melanconia, abulia: leggeri disturbi gastrici: notevole denutrizione.          | 0. 326                       |
|                        |     | 20 Aprile: idem                                                                                                    | 0. 326                       |
|                        |     | 10 Maggio: miglioramento generale.                                                                                 | 0. 340                       |
|                        |     | 25 Maggio: , ,<br>Guarigione.                                                                                      | 0. 348                       |
| IV                     | 48  | 7 Aprile: tifo pellagroso grave; profonda denutrizione generale; alimentazione artificiale.                        | 0. 260                       |
|                        |     | 17 Aprile: notevole miglioramento: alimentazione spontanea.                                                        | 0. 304                       |
|                        |     | 22 Aprile: assoluta convalescenza: l'infermo si sente debole.                                                      | 0. 336                       |
|                        |     | 30 Aprile: prosegue accentuato, progressivo il miglioramento generale.<br>Guarigione.                              | 0. 352                       |
| III                    | 48  | 23 Marzo: stato di melanconia ansiosa con idee di rovina; nutrizione discreta; nessun disturbo gastro-intestinale. | 0. 336                       |
|                        |     | 27 Marzo: idem                                                                                                     | 0. 336                       |
|                        |     | 12 Aprile: miglioramento notevole.                                                                                 | 0. 339                       |
|                        |     | 28 Aprile: l'infermo è guarito.                                                                                    | 0. 348                       |
| V                      | 52  | 8 Aprile: fenomeni di eccitamento e di confusione mentale: mediocre deperimento fisico.                            | 0. 336                       |
|                        |     | 20 Aprile: a pena mitigati i fenomeni di eccitam.                                                                  | 0. 336                       |
|                        |     | 6 Maggio: miglioramento generale.                                                                                  | 0. 336                       |
|                        |     | 16 Maggio: peggioramento con ritorno ai fenomeni di eccitazione e di confusione mentale.                           | 0. 334                       |
|                        |     | 31 Maggio: miglioramento rapido, intenso, gener.<br>Guarigione.                                                    | 0. 350                       |

## TAVOLA II.\*

Uomini vecchi: - Grado alcalimetrico del sangue in condiz. fisiologiche:

Limiti: 0.320 - 0.355 — Media: 0.3386

| Numero della Osservaz. | Età | SINTOMI — DECORSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Grado alcalimetr. del sangue                                     |
|------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| VII                    | 55  | <p>8 Aprile: fenomeni di eccitamento: mediocre deperimento fisico: funzioni digerenti normali.</p> <p>18 Aprile: leggero miglioramento.</p> <p>24 Aprile: improvviso e considerevole peggioramento psichico.</p> <p>10 Maggio: nuovo miglioramento.</p> <p>25 Maggio: l'infermo appare guarito.</p> <p>L'infermo fu dimesso ma poco dopo peggiorò, fu ricondotto al Manicomio ed ora è un demente tranquillo.</p> | <p>0.320</p> <p>0.322</p> <p>0.313</p> <p>0.320</p> <p>0.322</p> |
| I                      | 57  | <p>2 Marzo: leggero grado di depressione melanconica e di confusione mentale: notevole deperimento fisico: disturbi gastro-intestinali.</p> <p>31 Marzo: idem</p> <p>15 Aprile: stato psichico invariato: miglioramento fisico.</p> <p>10 Maggio: fu dimesso e dopo 9 giorni riammesso: fisicamente bene.</p> <p>L'infermo, tuttora qui ricoverato, è demente.</p>                                                | <p>0.320</p> <p>0.325</p> <p>0.325</p> <p>0.322</p>              |
| II                     | 57  | <p>17 Marzo: psicosi depressiva: condizioni fisiche deficientissime; nessun disturbo del tubo digerente.</p> <p>6 Aprile: leggiero miglioramento.</p> <p>30 Aprile: fisicamente guarito: psichicamente migliorato.</p> <p>10 Maggio: anche psichicamente sta bene.</p>                                                                                                                                            | <p>0.315</p> <p>0.320</p> <p>0.342</p> <p>0.340</p>              |
| VI                     | 62  | <p>8 Aprile: fenomeni di esaurimento in uomo gravemente denutrito, disturbi intestinali.</p> <p>12 Aprile: leggera eccitazione motoria, ansia: elevamento febbrile della temperatura.</p> <p>25 Aprile: Morte.</p>                                                                                                                                                                                                | <p>0.322</p> <p>0.310</p> <p>—</p>                               |
| IX                     | 63  | <p>25 Aprile: malato debole di mente e melanconico: deperimento fisico mediocre: disturbi gastro-intestinali.</p> <p>4 Maggio: rapido e considerevole miglioramento fisico: quasi scomparso il tono psichico depressivo.</p> <p>Guarigione fisica ed anche psichica per quanto riguarda lo stato di depressione.</p>                                                                                              | <p>0.297</p> <p>0.352</p>                                        |

**TAVOLA III.\***

Donne adulte • Grado alcalimetrico del sangue in condiz. fisiologiche:

Limiti : 0.320 - 0.348 — Media : 0.335

| Numero della Osservaz. | Età | SINTOMI — DECORSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Grado alcalimetr. del sangue          |
|------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| XIX                    | 32  | 6 Maggio: tifo pellagroso grave: l' inferma ha mestruazioni.<br>10 Maggio: stato ancora più grave: cessate le mestruazioni.<br>11 Maggio: morte.                                                                                                                                                                                                                                   | 0.249<br>0.284<br>—                   |
| XIV                    | 37  | 7 Aprile: fenomeni di confusione mentale: vago delirio di persecuzione: notevole denutrizione: disturbi gastro-intestinali.<br>19 Aprile: peggioramento psichico.<br>29 Aprile: fisicamente e psichicamente meglio.<br>10 Maggio: condizioni fisiche migliorate: della mente è sempre assai confusa.<br>L' inferma ha migliorato molto lentamente e fu dimessa guarita in Ottobre. | 0.320<br>0.313<br>0.328<br>0.326<br>— |
| XI                     | 39  | 15 Marzo: mediocre grado di depressione psichica: denutrizione notevole: funzioni digerenti turbate.<br>23 Marzo: insensibile miglioramento.<br>29 Marzo: miglioramento accentuato generale.<br>12 Aprile: l' inferma è guarita.                                                                                                                                                   | 0.320<br>0.322<br>0.320<br>0.336      |
| XII                    | 42  | 29 Marzo: tifo pellagroso grave.<br>31 Marzo: idem<br>3 Aprile: morte.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0.278<br>0.281<br>0.272               |
| XIII                   | 48  | 6 Aprile: tifo pellagroso grave.<br>9 Aprile: grave peggioramento.<br>10 Aprile: morte.                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 0.288<br>0.268<br>—                   |
| XX                     | 50  | 4 Maggio: tifo pellagroso.<br>10 Maggio: intenso miglioramento.<br>25 Maggio: psichicamente peggiorata.<br>Lento, progressivo peggioramento e morte in marasmo.                                                                                                                                                                                                                    | 0.256<br>0.336<br>0.310<br>—          |

**TAVOLA IV.\***

Donne vecchie - Grado alcalimetrico del sangue in condiz. fisiologiche:

Limiti: 0.316 - 0.326 — Media: 0.3216

| Numero<br>della<br>Osservaz. | Età | SINTOMI — DECORSO                                                                                                                                 | Grado<br>alcalimetr.<br>del sangue |
|------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| XVII                         | 54  | 22 <i>Aprile</i> : tifo pellagroso grave.                                                                                                         | 0.284                              |
|                              |     | 26 <i>Aprile</i> : idem                                                                                                                           | 0.278                              |
|                              |     | 29 <i>Aprile</i> : leggero miglioramento nelle condizio-<br>ni generali.                                                                          | 0.276                              |
|                              |     | 3 <i>Maggio</i> : morte.                                                                                                                          | —                                  |
| XVI                          | 58  | 8 <i>Aprile</i> : leggero grado di depressione psichica<br>e qualche idea delirante: discreta denutriz.                                           | 0.313                              |
|                              |     | 20 <i>Aprile</i> : miglioramento generale.                                                                                                        | 0.326                              |
|                              |     | 30 <i>Aprile</i> : guarigione.                                                                                                                    | 0.326                              |
| XV                           | 60  | 9 <i>Aprile</i> : stato di eccitamento: notevole denu-<br>trizione, disturbi intestinali.                                                         | 0.310                              |
|                              |     | 14 <i>Aprile</i> : idem                                                                                                                           | 0.312                              |
|                              |     | 24 <i>Aprile</i> : cessata l'eccitazione, permane un no-<br>tevole grado di confusione mentale; condi-<br>zioni fisiche migliorate, alvo normale. | 0.310                              |
|                              |     | 10 <i>Maggio</i> : leggero miglioramento.                                                                                                         | 0.316                              |
|                              |     | L'inferma è guarita a poco a poco in 6 mesi.                                                                                                      |                                    |
| XVIII                        | 64  | 26 <i>Aprile</i> : mediocre grado di eccitamento; note-<br>vole denutrizione; disturbi gastro-intestinali.                                        | 0.310                              |
|                              |     | 2 <i>Maggio</i> : miglioramento generale notevolissimo.                                                                                           | 0.320                              |
|                              |     | 15 <i>Maggio</i> : guarigione.                                                                                                                    | 0.320                              |

I risultati delle mie ricerche si accordano sostanzialmente con quelli di Lui, quantunque ottenuti non con uguale metodo di studio. Lui, nei ventun casi esaminati, ha trovato che nelle forme ordinarie della pazzia pellagrosa l'alcalescenza del sangue si presenta inferiore, se non di molto, alle medie normali; nelle forme in cui è manifesto un grave processo d'intossicazione essa si trova evidentemente ad un livello ancora più basso, in confronto alle prime; nelle forme avviate a guarigione, in cui segue il ripristino delle condizioni fisiche e mentali, ovvero in cui al ripristino delle condizioni fisiche segue un graduale passaggio a demenza, l'alcalinità tende a portarsi verso il livello normale.

Io ho trovato che l'alcalescenza del sangue è sempre minore della media normale ed anzi nella maggioranza dei casi (13 su 20) è inferiore all'ultimo limite considerato come normale; nelle gravi intossicazioni il valore alcalimetrico raggiunge il più basso grado. La diminuzione del grado alcalimetrico non sembra collegata - o se mai in misura assai lieve - con alcune cause che possono abbassare il tasso alcalimetrico, come l'attività motoria esagerata, i cattivi processi di digestione ecc.: ho difatti veduto infermi assolutamente apatici, eccitati, con o senza turbe gastro-intestinali, molto o poco deperiti nella nutrizione, presentare cifre di alcalinità a pena differenti.

L'alcalinità cresce col miglioramento fisico e psichico dell'infermo (Oss. II, III, V, VIII, IX, XI, XVI, XVIII): tal fatto si compie in maniera evidentissima nel tifo pellagroso che guarisce (Oss. IV); decresce ancora più nei casi in cui avviene un peggioramento, anche transitorio (Oss. VII, XIV), e più sensibilmente in quelli nei quali l'esito è letale (Oss. VI, X, XIII, XVII, XX). Potrebbe, a questo proposito, sembrare un'eccezione l'Oss. XIX, nella quale malgrado l'aggravarsi dei fenomeni si ebbe un elevamento del tasso alcalimetrico. Giova notare che, allorquando si determinò la prima cifra, la malata aveva le mestruazioni che diminuiscono l'alcalescenza del sangue (Silva, Lambranzi) (1); questo spiega l'apparente contraddizione. Si deve però ritenere che la seconda cifra - ottenuta a mestruazioni cessate - rappresenti l'indice della diminuita alcalescenza per la grave intossicazione pellagrosa.

---

(1) Silva. Contributo allo studio della fisiopat. della menstruazione. *Políclinico*. 1896. - Lambranzi. Alcune ricerche fisiologiche ecc. *l. c.*

Nei casi, in cui il limite basso dell'alcalescenza tende a permanere tale, si ha o una lunga durata della malattia (Oss. XIV, XV), o la demenza (Oss. I, VII). Nei malati in cui il grado alcalimetrico è molto inferiore all'ultimo limite normale, se non s'avvera una sollecita tendenza all'aumento, la prognosi si impone come infausta corroborando fedelmente quella dettata dal quadro sintomatico.

Così è lecito pensare che, in molti casi, la misura del grado alcalimetrico del sangue nei pellagrosi possa servire di aiuto nel formulare più sicuramente e più sollecitamente il giudizio prognostico.

*Dicembre 1899*

---

### **Note di tecnica manicomiale.**

del Dott. R. Tambroni

Il dott. Finzi ha pubblicato nei due ultimi numeri di questo *Bollettino* alcuni articoli di tecnica manicomiale che, per essere improntati all'acume della sua intelligenza e ad un fresco spirito di modernità, possono dirsi veramente importanti e degni di tutta l'attenzione dei cultori della psichiatria pratica.

Ma gli articoli del nostro collaboratore presentano, a mio avviso, in qualche punto il fianco alla critica, ed io quindi voglio esprimere al riguardo la mia opinione.

E comincio dalle *guardie notturne*.

Il Finzi trova pieno di inconvenienti e riprova il sistema delle guardie notturne adottate ancora nella maggior parte dei manicomî ed organizzato in modo che in un dato comparto due persone si dividono la sorveglianza notturna, una dall'andata a letto dei malati fino alla mezzanotte, e l'altra dalla mezzanotte fino all'alzata; mentre non vede inconvenienti, e quindi dà la preferenza al sistema della guardia notturna intera per una persona addetta esclusivamente a tale guardia, sistema adottato la prima volta in Inghilterra e recentemente in Germania nei manicomî di Francoforte e di Dresda e nella Clinica di Heidelberg.



Uno degli inconvenienti, a cui secondo il Finzi il primo sistema darebbe luogo, consisterebbe nel fatto che il servizio che la persona compie nel giorno che segue ad una guardia notturna, specie quella della seconda metà della notte, non può essere quel servizio preciso, richiedente una tensione d'animo costante, com'è quello di un infermiere di manicomio; come pure una persona che si è alzata a mezzanotte, che cioè dopo 12, 14 ore di lavoro non ne ha dormito che 4, non è in grado di prestare con sufficiente energia, prontezza e nello stesso tempo con la dovuta calma e serenità il servizio richiesto per altre 18 o 20 ore.

Ora, quando si consideri che questo turno di sopraffatica della seconda guardia cade una volta ogni sei notti dopo una di completo riposo (di 8 o 10 ore) e dopo 5 ore (e non 4) immediate di sonno, si comprende come il servizio di guardia dalla mezzanotte a giorno (che naturalmente è quello che interessa maggiormente) possa esser fatto bene e con precisione.

Il servizio prestato nella giornata dalla guardia della seconda metà della notte sarà senza dubbio un pò fiacco, ma se si riflette che questo servizio è eminentemente svariato (pulizia, assistenza ai pasti ecc.) e che due soli infermieri su 20 si troveranno in tali condizioni (e potranno del resto essere adibiti a servizi di minore responsabilità, sempre in compagnia di altri e sotto la vigilanza continua dei sorveglianti tutti), è facile il comprendere come il servizio generale diurno non debba risentirsene quasi affatto.

Il sistema della guardia notturna unica intera mi sembra invece piena di inconvenienti e di pericoli. Lasciando da parte infatti che il costringere un infermiere a cambiare totalmente il genere di vita e fargli fare di tutte le notti giorno, se non è umano è senza dubbio antigiênico, come si può pretendere che una persona (e vecchia per giunta) possa prestare *da sola* esattamente e proficuamente *per 9 o 10 ore continue* un servizio di tanta responsabilità e che implica l'obbligo di girare continuamente per i diversi dormitorî di un comparto? Potrà la guardia trovar sempre modo di fare il pasto o i pasti, pur necessari, durante questo periodo, nel quale molto di frequente l'assistenza di alienati somaticamente infermi, la pulizia di sudici, l'ordinamento di rumorosi e indisciplinati assorbono tutta la sua attività e

le lasciano appena il tempo di fare, secondo le prescrizioni, il giro dei diversi dormitori? E, dato anche che trovasse modo e tempo di farlo, come potrebbe essere chiamata in campo la sua responsabilità per un qualche accidente avvenuto nei compartimenti durante il pasto, che dal Regolamento gli verrebbe permesso?

E poi, chi può garantire *sempre* davvero che la guardia notturna, *che esce dallo stabilimento*, invece di dormire e riposare, non si strapazzi maggiormente e vada a divertirsi, massime in quei giorni, oggi tanto frequenti, in cui l'ambiente offre feste d'ogni genere?

Un altro inconveniente del sistema usuale delle guardie notturne sarebbe, secondo il Finzi, quello per cui ad un servizio difficile, di grande responsabilità, vengono adibiti anche gl'infermieri nuovi (e quindi i meno sicuri e i più imbarazzati), mentre suole esimersene gl'infermieri anziani, che sono i migliori e i più adatti per questo genere di servizio.

Anzi tutto debbo fare osservare che dalle guardie notturne si sogliono dispensare non già gl'infermieri *anziani*, ma i *vecchi*, quelli cioè che hanno 20 e più anni di servizio e che per acciacchi o per infiacchimento senile mostrano di non poter più sopportare il servizio notturno. Inoltre nei manicomî bene ordinati gl'infermieri nuovi, per il primo mese almeno, fanno sempre la guardia in compagnia di un altro infermiere anziano, e soltanto dopo avere avuto la prova della sua capacità e serietà viene adibito da solo a questo servizio, con destinazione graduale dai comparti più semplici (tranquilli, infermerie ecc.) ai più difficili e importanti (semiagitati e agitati).

Ma v'ha di più: la Direzione medica, nello stabilire i turni delle guardie, prende gli accordi con i sorveglianti e dispone che nello stesso turno, in cui si trova l'infermiere nuovo e meno esperto, sia compreso per la guardia di altro comparto uno degli infermieri più anziani e provetti, di modo che, se per avventura il primo si trovi, di fronte ad un caso nuovo, timoroso e imbarazzato, possa chiamare, per telefono, per mezzo di campanello elettrico o semplicemente a voce, il compagno della sezione più vicina e ricorrere al suo aiuto e consiglio (1).

---

(1) Giova qui ricordare che nel nostro manicomio, nei casi che escono per un pò fuori dell'ordinario, anche gl'infermieri anziani hanno severamente obbligo di svegliare il capo-sorvegliante o chi ne fa le veci e chiedere a lui le necessarie istruzioni.

Il terzo inconveniente, rilevato per la guardia notturna doppia divisa, consisterebbe nel fatto che spesso, essendo nella notte successo un incidente qualunque, nessuna delle due guardie sa nulla, e quindi non può conoscersi come e quando successe l'incidente, e non può addebitarsene ad alcuno la responsabilità.

Lasciando da parte che questo inconveniente può verificarsi anche per il caso della guardia unica intera rispetto al tempo che precede il suo servizio, deve si anche qui notare che in quei manicomî, in cui regna una tecnica severa e oculata, si fa stretto obbligo alla seconda guardia di constatare con una visita attenta e minuta se, al momento che riceve la consegna dalla prima guardia, tutto sia in perfetto ordine, sotto pena di essere ritenuto responsabile di ogni irregolarità riscontrata la mattina dall'ispettore o sorvegliante-capo.

Un ulteriore inconveniente dell'usuale sistema delle guardie notturne consisterebbe nel fatto che le guardie, provenendo dai più diversi e lontani padiglioni, dove hanno servizio più abituale, non conoscono i malati.

Il Finzi stesso, appena accennato a questo inconveniente, riconosce subito che esso è meno manifesto nei manicomî piccoli; io poi soggiungo altrettanto subito che in questi non esiste affatto, giacchè, salvo casi eccezionali, tutti i malati sono conosciuti dagli infermieri. Se non è la visione diretta, basta la cronaca minuta e tumultuosa che, come in tutte le comunità, anche nei manicomî si stabilisce intorno a tutti gl'individui che vi entrano e vivono, per non fare ignorare ad un infermiere le notizie più importanti che si riferiscono ai malati. Senza considerare poi che i sorveglianti e l'ispettore in modo speciale hanno obbligo di informare ed istruire l'infermiere di guardia, prima che assuma la sua funzione, sui possibili avvenimenti della notte a riguardo dei malati che hanno bisogno di speciale sorveglianza e sui provvedimenti relativi.

Nei manicomî grandi basterà far fare la guardia da quegli infermieri che prestano servizio diurno nella stessa sezione o comparto, e tutto si ripeterà come per i manicomî piccoli.

Ma non sembra al contrario al Finzi che riesca invece assai più difficile il conoscere i malati a quegli infermieri della guardia unica intera, i quali, dormendo o vivendo fuori dell'Isti-

tuto durante il giorno e rimanendo quindi totalmente estranei alla cronaca di esso e non vedendo mai i malati, non potranno mai giungere a farsi un concetto esatto delle loro qualità e delle loro tendenze, tanto da orientarsi subito (sia rispetto al malato, sia rispetto all'importanza del fatto) quando durante la notte in un dormitorio nasca un qualche disordine?

Ma v' ha di più.

Nel discutere sulla convenienza e sul valore di un sistema a preferenza di un altro, non può assolutamente farsi astrazione da questioni speciali (come ad es. le economiche) quando queste sono intimamente collegate col problema in discussione. La tecnica riguarda principalmente la pratica, e questa ha le sue esigenze.

È così che, essendosi, per consenso quasi generale dei nostri alienisti, stabilita una proporzione di infermieri sopra un dato numero di malati (1 su 10, 1 su 12), proporzione alla quale, secondo il Progetto di legge che sarà portato alla Camera, si vorrebbero uniformate le Amministrazioni, i problemi di tecnica manicomiale, che si collegano col numero degli infermieri, debbono essere discussi, tenendo ferma quella proporzione, altrimenti l'attuazione del sistema stabilito come il migliore diventa impossibile, e si è subito fuori della pratica, nel campo cioè dell'ideale e del desiderabile.

Ora il sistema della guardia unica intera renderebbe necessaria per un manicomio una proporzione di infermieri superiore a quella richiesta dal sistema della guardia doppia divisa, che corrisponde alla proporzione fissata dalla Legge; donde scaturisce (a nostro avviso) che anche sotto questo punto di vista il sistema usuale delle guardie notturne è preferibile a quello propugnato dal Finzi.

Anche nella questione - *La giornata di lavoro per gl' infermieri di manicomio* - trattata dal Finzi, s' impone seriamente la proporzione dei medesimi rispetto al numero dei malati.

Chi di noi alienisti non desidererebbe di potere nel proprio manicomio adottare il sistema di servizio da lui progettato, per il quale ad ogni infermiere sarebbe accordato un tempo di libertà doppio di quello che può avere oggi col sistema quasi universalmente adottato e sarebbero forniti anche i mezzi di provvedere in qualche modo alla propria cultura?

Ma quando si pensi che quel sistema implica la necessità di raddoppiare la proporzione degli infermieri, il che significa *raddoppiare la spesa* per il basso servizio sanitario, come può sperarsi di potere nel momento attuale ottenere ciò dalle Amministrazioni che si dibattono nelle strettezze dei loro bilanci?

Tale questione ricade nell'altra generale della retribuzione del lavoro, e diventa perciò una questione sociale che riguarda non solo gl'infermieri di manicomio ma sibbene anche i ferrovieri, gli operai delle miniere e quasi tutti i lavoratori.

Anche i medici di manicomio del resto, rispetto agli altri medici, debbono compiere un lavoro di maggiore durata e ne ricevono in generale, per non dire da per tutto, una minore retribuzione.

Non è vero ciò che dice il Finzi, vale a dire che il medico di manicomio, compiuto il proprio ufficio, abbia ancora a sua disposizione ogni giorno, in media, 15-20 ore da dedicare al riposo, alle cure della propria salute fisica, della propria cultura, della propria famiglia e dei propri interessi. Ci saranno dei manicomî, in cui i medici godranno di tanta libertà, ma nei manicomî bene organizzati, in cui i sanitari visitano più volte al giorno i loro malati, li studiano, li curano e ne registrano attentamente tutte le loro manifestazioni, ben poco tempo rimane loro da dedicare a sè stessi e al proprio interesse.

Basti ricordare che in Italia si hanno ancora parecchi manicomî di 400 malati, in ciascuno dei quali il Direttore non ha che un solo medico che lo coadiuvi. In questi casi il solo servizio di guardia limita enormemente la libertà del medico, il quale quindi a questo riguardo trovasi in uno stato di inferiorità anche rispetto all'infermiere, non compensato certamente neppure da una decorosa retribuzione.

Due parole da ultimo sulla opinione del Finzi, per la quale egli non vorrebbe escluse dai manicomî le donne maritate.

Come è noto, è questione oggi giorno assai dibattuta quella generale di estendere l'occupazione della donna a tutti i servizi e a tutte le professioni esercitate dall'uomo. E a tale riguardo le diverse opinioni hanno ragioni *pro* e *contra*, tanto da fare ancora rimanere insoluto il problema.

Sulla esclusione delle donne maritate dal manicomio però mi pare che non si possa rimanere dubbiosi.

Come può facilmente comprendersi, al servizio del manicomio non possono essere ammesse ragazze molto giovani nè donne adulte oltre i 40 anni: le prime, perchè, non complete nella loro personalità, corrono facilmente il pericolo di ammalare, in un ambiente che può tanto influenzare il sistema nervoso, e non riescono mai a compiere un servizio serio e proficuo (1); le seconde perchè, troppo vicine all'età della decadenza, non potrebbero prestare che per poco tempo un servizio utile.

Ne segue quindi che le donne adatte per il servizio dei manicomî sono le donne comprese fra i 20 e i 40 anni, vale a dire quelle che trovansi nel periodo della loro massima potenza riproduttiva.

Ora, se queste donne fossero maritate, salvo i rari casi di sterilità, si troverebbero tanto di frequente o allo stato di gravidanza o nel periodo di allattamento, da non poter dedicare al servizio dell'Istituto che pochissimo del loro tempo libero da questi stati, con quali inconvenienti per l'andamento del servizio e con quali seccature per chi è preposto a regolare quest'ultimo è facile immaginare.

---

### **Replica**

1. I medici e gl'infermieri di quei manicomî e cliniche, dove è stato adottato il sistema delle guardie notturne uniche, sono unanimi nel preferirlo al sistema vecchio delle guardie doppie.

---

(1) Quando mi trovai le prime volte dinanzi al problema della scelta fra le concorrenti al posto di infermiera, mi parve più opportuno dare la preferenza alle ragazze molto giovani (intorno ai 17 anni) nel concetto che queste, non traviate da cattive abitudini e, per la loro età, più atte ad apprendere con esattezza gl'insegnamenti loro impartiti, dovessero riuscire infermiere migliori. Ben presto però dovetti ricredermi. Le giovani somaticamente anche molto sviluppate (come è frequente osservare a Ferrara), all'età di 17 anni hanno ancora la loro personalità molto incompletamente sviluppata ed una tendenza manifesta al contegno infantile. Per conseguenza non riescono a formarsi un concetto sufficiente della importanza della loro missione e sono affatto incapaci di acquistare un pò di prestigio sulle malate, a contatto delle quali naturalmente le loro tendenze puerili trovano terreno fertile per il loro sviluppo.

Soltanto da una esperienza antica fatta in determinate condizioni non si può logicamente dedurre un giudizio sopra una esperienza nuova fatta in condizioni diverse. Dopo avere fatto questa esperienza nuova si potranno confrontare i due ordini di risultati.

2. Il grado di ricchezza di un dato gruppo umano, poniamo di un istituto manicomiale, non basta a spiegare e tanto meno a giustificare tutti i fenomeni della vita di quel dato gruppo; può bastare forse il modo di distribuzione e amministrazione di quella ricchezza: esempio da me citato, la clinica di Heidelberg. Ora, in un manicomio, chi in prima linea sente e ha coscienza dei nuovi bisogni, delle nuove tendenze sorgenti da nuove condizioni di vita è indiscutibilmente l'elemento medico. Siamo noi che abbiamo anche il dovere di influire pel miglioramento della distribuzione amministrativa e grado della ricchezza nell'istituto di cui facciamo parte. Questo non porta un necessario e perenne contrasto di aspirazioni e di interessi fra elemento medico e elemento amministrativo, ma fa sì, che, pur cedendo dove e quando si può cedere a certe esigenze economiche, noi, per amore di una pace che è quietismo, non dobbiamo mai abdicare alla nostra funzione specifica, umanitaria, di medici: noi dobbiamo fin che è possibile tener conto in prima linea dei bisogni degli amministrati, e domandare cento per ottenere dieci.

Un medico-amministratore è un ideale, per ora forse irrealizzabile: in lui prevarrà nella pratica o l'uno o l'altro dei due.

3. Quando un medico di manicomio, nelle due, e, se non sono molti, magari tre visite, che egli fa ai suoi malati, e in tutte le altre necessità tecniche, mediche, disciplinari inerenti direttamente al suo impiego, egli occupa in media sei ore e mezzo al giorno, è già abbastanza. Il servizio di guardia non paralizza punto la sua attività, giacchè, senza uscire dall'ambito del manicomio, egli può studiare, lavorare, riposare, ecc. Il manicomio non è una caserma, nè una prigione, nè un ospedale comune, dove i malati hanno molto più spesso bisogno del medico che i ricoverati in un manicomio.

4. Delle infermiere maritate avrò occasione di occuparmi particolarmente in un prossimo articolo.

*Firenze 22 Febbraio 1900*

JACOPO FINZI

### **Dal Congresso (\*)**

(*Napoli, Ottobre 1899*)..... la scuola di Lombroso non era rappresentata, e altre scuole in Italia non ci sono. Questo fatto, la mancanza di scuole, a prima vista strano, è molto generale fra noi, e sembra un effetto dello spirito nostro indisciplinato e scettico.

Genova, Reggio-Emilia, Firenze, Napoli sono diverse solo in quanto stanno in regioni diverse, non perchè indirizzi e fini, metodi e vedute originali allontanino una clinica psichiatrica dall'altra. Anche le eventuali rivalità non dipendono da dissidio di convinzioni scientifiche, ma, o rappresentano una manifestazione di puro e semplice regionalismo, o sono prodotti assolutamente individuali e sono l'espressione di lavoro solitario e indipendente. Infatti non mancano, anche in psichiatria, le scuole perchè manchino individualità capaci di segnar nuove vie e degne di accogliere intorno a sè degli allievi: tutt'altro. Ma queste personalità scientifiche, e al nostro congresso ne abbiamo avuto l'esempio e la prova, traggon seco troppo spiccati i caratteri e soprattutto i difetti dell'ingegno italiano per sviluppare quella forza di attrazione e di coesione che occorrono per una scuola. Sembrano individualità destinate a rimaner sole: esse hanno comuni con l'ambiente solo caratteri negativi: insofferenza della rigida disciplina dei fatti; impazienza nelle costruzioni soggettive; capacità grande nell'afferrare larghi e lontani rapporti; impotenza nella fine critica analitica dei fenomeni obbiettivi; molta genialità ma poca praticità nelle vedute; amore alla frase, anche non vera, purchè bella; sfiducia nelle proprie e nelle altrui creazioni.....

Che differenza con gli ordinari congressi tedeschi! Là è un piccolo contributo di fatti nuovi esposto al giudizio dei colleghi ciò che costituisce tutto il congresso, frammento sospeso di una lunga catena, il cui interesse è dato unicamente da quel piccolo contributo di fatti. Il nostro congresso era qualche cosa di molto solenne, almeno nelle apparenze, aveva un principio e una fine, era qualche cosa di relativamente indipendente. Il motivo dominante era il tributo che le scienze affini hanno portato alla psichiatria. Si trattava di una resa di conti.

---

(\*) Il X congresso della Società freniatria italiana, tenuto in Napoli dal 10 al 14 Ottobre 1899.



Ma i temi erano troppo generali, troppo vasti e complessi (\*) per permettere una trattazione sufficiente, per condurre a risultati pratici, troppo vasti anche solo per una sintesi obbiettiva degli studi compiuti sull'argomento: opportuni soltanto per mettere in rilievo qualche veduta individuale. E l'ambiente, e per la generale impreparazione ai temi psicologico (I) e sociologico (IV), e non ostante ottime relazioni sugli ultimi portati dell'istologia (II) e della chimica fisiologica e batteriologia (III), non è rimasto soddisfatto della resa di conti. Il trovato non corrispondeva al calcolato. Le soluzioni aspettate non sono venute o non hanno convinto, i sospettati rapporti non si sono dimostrati. Che importa se l'aspettazione era esagerata e i sospetti non giustificati? Lo spirito latino si entusiasma e si scoraggia con la medesima facilità, e ha bisogno di mutare spesso obbietto alla sua attenzione, perchè ogni impressione appercepita lo contenta e lo esaurisce con le concezioni immaginose, spesso geniali, che rapidamente egli ne sa cavare.

Dunque se la clinica ha bisogno delle scienze sperimentali, dalle discussioni è sembrato risultare che almeno altrettanto bisogno hanno le scienze sperimentali della clinica: e un interessamento vivo e in apparenza nuovo si è destato nell'ambiente, in occasione di alcune comunicazioni, a problemi pratici e clinici di psichiatria. E tanto era nella coscienza comune questo fatto, che non solo non recò sorpresa, ma parve ad ognuno una interpretazione del proprio desiderio la scelta dei temi (\*\*) da discutersi al prossimo congresso. Nel 1901, ad Ancona, clinica psichiatrica e tecnica manicomiale su tutta la linea!

Sarà, si capisce, nuovo alimento al nostro scetticismo.....

J. FINZI

(\*) I. Metodi pratici per le ricerche psicologiche individuali da adottarsi nelle cliniche e nei manicomi. II. Quali contributi diano e promettano di dare alla psicologia normale e patologica i nuovi dati dell'anatomia. III. Le intossicazioni e le infezioni nella patogenesi delle malattie mentali e delle neuropatie, anche nei riguardi terapeutici. IV. Come la psichiatria debba elevarsi allo studio dei rapporti fra individuo e società.

(\*\*) I. Provvedimenti contro l'affollamento dei manicomi. II. Classificazione delle psicopatie. III. Genesi e nosografia della paralisi progressiva. IV. L'indirizzo pratico che la psichiatria può dare alla pedagogia. V. Sulla educazione dei deficienti e dei dementi. VI. I progressi della psichiatria e della neuropatologia in rapporto alla tecnica manicomiale.

**Società di Patronato per i pazzi poveri dimessi dal Manicomio.**

|                            |   |   |   |   |             |
|----------------------------|---|---|---|---|-------------|
| Somma precedente           | . | . | . | . | L. 1353. 44 |
| Introito bagni             | . | . | . | . | » 282. —    |
| Offerta N. N.              | . | . | . | . | » 10. —     |
| Interessi 1899             | . | . | . | . | » 48. 12    |
| Supplemento introito bagni | . | . | . | . | » 9. —      |
| Offerta N. N.              | . | . | . | . | » 20. —     |
| Totale                     |   |   |   |   | L. 1722. 56 |

**Epilogo del movimento dei malati nell'anno 1899**

|        | Esistenti<br>al 31 Dic. 1898 | Ammessi nel 1899 | TOTALE | USCITI          |               |        | MORTI           |               |        | Totale usciti<br>e morti nel 1899 | Rimasti<br>al 31 Dic. 1899 | Giornate<br>di presenza<br>del 1899 |
|--------|------------------------------|------------------|--------|-----------------|---------------|--------|-----------------|---------------|--------|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
|        |                              |                  |        | degli esistenti | degli ammessi | TOTALE | degli esistenti | degli ammessi | TOTALE |                                   |                            |                                     |
| Uomini | 201                          | 153              | 354    | 31              | 58            | 89     | 13              | 29            | 42     | 130                               | 223                        | 79217                               |
| Donne  | 200                          | 108              | 308    | 25              | 50            | 75     | 15              | 25            | 40     | 115                               | 193                        | 74102                               |
|        | 401                          | 261              | 662    | 56              | 108           | 164    | 28              | 54            | 82     | 245                               | 416                        | 153319                              |

Media giornaliera dei malati nel 1899 . N. 420

Proporzione degli usciti sugli ammessi . 62. 83 %

» dei morti sul totale . . . 12. 38 %

*Movimento dei malati nel mese di Ottobre 1899*

|         |                  | USCITI    |     |         |   |         |   |          |   |                    |   |                       |   |       |   |         |     |
|---------|------------------|-----------|-----|---------|---|---------|---|----------|---|--------------------|---|-----------------------|---|-------|---|---------|-----|
|         |                  | Esistenti |     | Entrati |   | guariti |   | miglior. |   | non mi-<br>giorati |   | per non<br>ver. pazz. |   | Morti |   | Rimasti |     |
|         |                  |           |     |         |   |         |   |          |   |                    |   |                       |   |       |   |         |     |
| U       | D                | U         | D   | U       | D | U       | D | U        | D | U                  | D | U                     | D | U     | D |         |     |
| Appart. | Prov. di Ferrara | 187       | 201 | 5       | 3 | 1       | 7 |          | 2 | 2                  | 1 |                       |   | 1     | 4 | 188     | 190 |
|         | altre Provincie  | 27        | 13  | 1       |   |         |   |          |   |                    |   |                       |   | 1     |   | 27      | 13  |
|         |                  | 214       | 214 | 6       | 3 | 1       | 7 |          | 2 | 2                  | 1 |                       |   | 2     | 4 | 215     | 203 |

*Movimento dei malati nel mese di Novembre 1899*

|         |                  |     |     |    |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |  |     |     |
|---------|------------------|-----|-----|----|---|---|---|---|---|---|---|--|--|---|--|-----|-----|
| Appart. | Prov. di Ferrara | 188 | 190 | 10 | 3 | 1 | 6 | 1 | 3 |   |   |  |  | 2 |  | 196 | 182 |
|         | altre Provincie  | 27  | 13  | 1  | 1 |   |   |   |   | 1 | 1 |  |  | 1 |  | 27  | 12  |
|         |                  | 215 | 203 | 11 | 4 | 1 | 6 | 1 | 3 | 1 | 1 |  |  | 3 |  | 223 | 194 |

*Movimento dei malati nel mese di Dicembre 1899*

|         |                  |     |     |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |   |   |     |     |
|---------|------------------|-----|-----|---|---|---|---|---|--|---|---|---|--|---|---|-----|-----|
| Appart. | Prov. di Ferrara | 196 | 182 | 8 | 5 | 2 | 2 | 2 |  |   | 1 | 1 |  | 3 | 3 | 196 | 181 |
|         | altre Provincie  | 27  | 12  | 1 |   |   |   |   |  | 1 |   |   |  |   |   | 27  | 12  |
|         |                  | 223 | 194 | 9 | 5 | 2 | 2 | 2 |  | 1 | 1 | 1 |  | 3 | 3 | 223 | 193 |

Direttore -- R. TAMBRONI.

Redattori -- CAPPELLETTI - FINZI - LAMBRANZI - VEDRANI.



**Annata XXVII**

---

**BOLLETTINO**  
DEL  
**Manicomio Provinciale di Ferrara**



**FERRARA**  
Tipografia dell'Eridano  
1899



## INDICE DELL' ANNATA XXVII

---

Vedrani. Le associazioni nelle psicosi acute da esaurimento. — pag. 3.

Tambroni e Lambranzi. Una anomalia del muscolo pellicciaio. — pag. 11.

Cappelletti. Dignità scientifica dell' Antropologia Criminale. — pag. 16.

Angiolella e Vedrani. A proposito di una recente classificazione delle malattie mentali. — pag. 34.

Finzi. Una visita al Manicomio di Alt-Scherbitz. — pag. 45.

Id. Le guardie notturne. — pag. 58.

Tambroni. Un caso di isterismo criminale. — pag. 69.

Finzi. Mania, melancolia e psicosi maniaco-depressiva. — pag. 87.

Vedrani. La melancolia psicosi d' involuzione. — pag. 91.

Finzi. Discipline manicomiali. — pag. 100.

Id. Le giornate di lavoro per gli infermieri del Manicomio. — pag. 109.

Lambranzi. La trasformazione del sonno in narcosi. — pag. 117.

Vedrani. Per la diagnosi e la prognosi delle malattie mentali. — I. pag. 140.

Tambroni e Lambranzi. Intorno ad una varietà di mixedema frusto. — pag. 153.

Cappelletti. Il grado di alcalinità del sangue nei pellagrosi. — pag. 161.

Tambroni. Note di tecnica manicomiale. — pag. 178.

Finzi. Replica all' articolo precedente del dott. Tambroni. — pag. 184.

Id. Al Congresso Freniatico di Napoli 1899. — pag. 186.





BOLLETTINO  
DEL  
MANICOMIO PROVINCIALE DI FERRARA



FERRARA  
Tipografia dell' Eridano  
1900



## Considerazioni

### sopra un caso di psicosi consecutiva a trauma al capo

del Dott. Alberto Vedrani

..... se per quel che riguarda le mire scientifiche anche più vicine è necessaria al psichiatra molta rassegnazione, a lui però è aperto il campo a un lavoro che non manca d'interesse e pel quale, a tutta prima almeno, non abbisognano gran mezzi di ricerca; e consiste nel raccogliere spregiudicatamente e nel seguire infaticabilmente i singoli casi di psicopatie.

Kraepelin - Die Richtungen  
der psychiatrischen Forschung p. 19  
Leipzig 1887.

Da un pezzo la clinica psichiatrica ha riconosciuto nel trauma del capo un pericoloso provocatore di malattie mentali.

È inutile avvertire che qui, più che mai, la clinica rinuncia a interpretare i fenomeni che essa constata.

Per tutta spiegazione delle imponenti sindromi psicopatiche che si vedono seguire a una percossa sul cranio, c'è (non volendo dire delle lesioni grossolane che riguardano più la neurologia che la psicopatologia) la notizia generica di alterazioni degli elementi cellulari e dei piccoli vasi della corteccia.

Il Kraepelin nell'ultima edizione della sua *Psichiatria* (1) vi accenna con un breve periodo: « A fondamento di questi disturbi mentali (consecutivi a trauma del capo) stanno senza dubbio delle gravi alterazioni nelle cellule corticali, quali Nissl ha potuto sperimentalmente provocare nei conigli con percosse ripetute sul cranio ». Sulle alterazioni vasali riferì il Köppen (2) al congresso di Hannover nel 1897. Egli confermava con osservazioni proprie le ricerche di Kronthal, Sperling e Friedmann che parlano per un'alterazione dei piccoli vasi. Köppen nel cervello di un individuo, che tre anni prima aveva patito un trauma al

(1) *Psychiatrie* VI Aufl. Bd I pag. 20.

(2) *Allg. Zeitschr. f. Psych.* Bd LIV pag. 907.

capo, ha visto alterazioni dei vasi di tutta la corteccia cerebrale, ma con grande prevalenza alla base del lobo frontale e nel lobo temporo-sfenoidale (ispessimento della parete, allargamento del lume). Al contrario molto lievi le alterazioni delle cellule e delle fibre. Un secondo caso, dodici giorni dopo il trauma, mostrava delle emorragie fresche con infiammazioni reattive nelle sedi preferite dall'offesa traumatica, e, oltre a questo, il sistema vasale della corteccia nei primi stadi delle alterazioni descritte pel primo caso: nel grado più manifesto nelle parti basali. Entrambe le osservazioni dimostrano (?) che un trauma può interessare il sistema vasale di tutto il cervello. In quattro altri casi le alterazioni vasali, se non si potevano assolutamente disconoscere, erano molto più lievi. In due si trovò atrofia dello strato esterno della corteccia. Le alterazioni nei casi osservati non raggiunsero mai, specialmente nelle fibre tangenziali e nelle cellule, il grado della demenza paralitica.

Köppen aveva ragione d'invocare nuove osservazioni, perchè dopo ciò noi ci sentiamo ben poco illuminati sulla natura di questi processi, e restiamo completamente all'oscuro sull'origine dei fenomeni clinici, della loro qualità e della loro successione.

La questione dei disordini psichici che seguono a trauma del capo ha già una ricca letteratura ed è trattata in monografie, alcune delle quali come quella di Krafft-Ebing (3), Hartmann (4), Guder (5) e Frigerio (6), sono preziose raccolte di osservazioni e di considerazioni. Già istruttivo è il lavoro di Schlager (7) che porta la data del 1857. Sopra 500 ammalati di mente, quest'autore trovò 49 casi di psicosi puramente traumatiche. La maggior parte degli ammalati era fra i trenta e i quaranta anni di età. Le conseguenze immediate del trauma si mostrarono 21 volte in forma di completa perdita della coscienza, 12 volte con cefalea: la psicosi seguì in 19 casi dentro il primo

---

(3) Ueber die durch Gehirnerschütterung hervorgerufenen psychischen Krankheiten. 1868.

(4) *Archiv für Psychiatric* Bd. XV 1884, p. 99.

(5) *Die Geistesstörungen nach Kopfverletzungen* - Iena, 1886.

(6) *L'Anomalo* - 1892.

(7) cit. da Hartmann.

anno, in dieci dentro due anni, in 9 dentro tre anni, in 6 dentro cinque anni e in 5 di là dal quinto anno dalla data del trauma: i sintomi erano da principio aumentata eccitabilità soprattutto emotiva, violente vertigini, cresciuta sensibilità per l'alcool e nello stesso tempo sintomi di turbata innervazione specialmente della vista e dell'udito. Poi sopravveniva l'alterazione della personalità: gli ammalati diventavano straordinariamente irritabili e intrattabili con tendenza al vagabondaggio. L'esito fu 26 volte miglioramento (con 17 recidive), 7 volte demenza con paralisi, 10 volte la morte (fino al 1888). Schlager dava le seguenti conclusioni: Commozioni cerebrali con lesione di ossa craniche e consecutiva perdita di coscienza o confusione rendono molto verosimile lo svolgersi ulteriore di una psicosi. Questa verosimiglianza è tanto più grande, quanto più innanzi negli anni è l'individuo; e nei primi tre anni dopo il trauma è relativamente molto grande. La località del trauma è senza influenza sulla forma e sull'insorgere della psicosi. La quale è caratterizzata da prognosi sfavorevole.

Krafft-Ebing è tornato sull'argomento dieci anni dopo. Egli, studiando il tempo e il modo d'insorgere della psicosi consecutivamente al trauma, tentò di stringere in gruppi i casi affini. Così distingueva tre gruppi: primo, casi che hanno origine in seguito a trauma al capo in modo immediato ed acuto; secondo, casi che si sviluppano cronicamente dopo uno stadio di prodromi; terzo, casi nei quali il trauma stabilisce una predisposizione, la quale cause occasionali sviluppano poi dopo un intervallo di latenza. Il risultato dell'opera di Krafft-Ebing è che la pazzia traumatica non costituisce una specie nosologica; che però le psicosi che seguono a trauma del capo presentano certe uniformità di particolari dal cui insieme si può con verosimiglianza risalire alla causa: e sono una straordinaria irritabilità, una diminuita resistenza di fronte all'alcool, paralisi motorie e dei nervi

---

(8) Parlando qui di psicosi traumatiche, intendo sempre indicare le psicosi consecutive a *trauma del capo*. La neurosi traumatica tanto illustrata da Oppenheim è altra cosa, e Kraepelin la designa col nome di *neurosi da spavento* (*Schreckneurose*). Naturalmente si danno casi nei quali i due gruppi di fenomeni si sommano e si confondono.

di senso, tendenze a iperemie cerebrali, accessi apoplettiformi o epilettiformi, particolarità di decorso. Questa è la sindrome che Kahlbaum indicava col nome di Cefalosia e l'aveva vista seguire appunto a traumi del capo e anche a malattie cerebrali (infiammazioni, tumori ecc.).

I lavori di Hartmann e di Guder, che raccolgono in modo esauriente la letteratura dell'argomento, in sostanza non modificano le conclusioni di Krafft-Ebing. Le ultime parole che io conosco scritte sulla questione sono le seguenti di Kraepelin: « Le psicosi cagionate da gravi traumi al capo costituiscono un gruppo speciale, molto importante. Anche quando non si ha a fare con malattie circoscritte della corteccia cerebrale, pare che violenti commozioni del capo abbiano la potenza di provocare alterazioni permanenti e profonde nelle cellule cerebrali, sulla cui essenza noi siamo ancora del tutto all'oscuro. La conseguenza immediata di un grave commozione cerebrale suol essere la perdita della coscienza che dura più o meno a lungo, a cui segue talvolta per settimane della confusione.

Il pensiero si fa tardo negli ammalati, che non possono più orientarsi nel tempo e nel luogo, non capiscono la loro posizione, non hanno di solito nessun ricordo o ne hanno degli oscuri dell'accidente, e in momenti diversi lo raccontano del tutto diversamente. Essi comprendono difficilmente, perdono facilmente il nesso, non possono ricordarsi bene, favoleggiano. Essi sono irritabili, bisbetici, più spesso piagnucolosi, parlano molto, non hanno nessun chiaro comprendimento della loro malattia, si sentono del tutto sani e non capiscono ciò che da loro si vuole.

In un mio ammalato pochi giorni dopo una violenta percossa sul cranio si sviluppò uno stordimento che durò un mese. In questo stato, dal quale si riebbe improvvisamente con ricordi molto oscuri, era dal medico tenuto per demente.

In altri casi le conseguenze immediate della percossa si perdono molto rapidamente.

Prima o poi si stabilisce un'accentuata alterazione di tutto lo stato psichico. L'ammalato si affatica facilmente, diviene smemorato, distratto, si lamenta di vertigine, di stordimento, di rumori negli orecchi, di peso al capo. Diventa irritabile, violento, angosciato, depresso, mostra per lo più una forte coscienza della malattia. Si aggiungono molto frequentemente degli accessi epi-

lettici isolati, tanto crampi come deliqui, più raramente stati crepuscolari; anzi la commozione cerebrale può dare la forma semplice dell'epilessia. In un caso osservato da me il primo ed unico accesso di crampo si stabilì tre settimane dopo un trauma decorso senza perdita di coscienza, mentre l'alterazione psichica scoppiò più manifesta dopo 5 anni. Questi lunghi spazi intervalari sembrano veramente non insoliti. Nell'ulteriore decorso lo stato morboso suole alterarsi solo lentamente ed in piccola misura. Si può però sviluppare una accentuata debolezza mentale. L'intelligenza non cresce più, diceva il padre di un giovane il quale era caduto da un quarto piano alcuni anni prima, aveva riportata una frattura della base con atrofia del nervo ottico e glicosuria, ed era diventato infantile, irritabile e smemorato, pure mantenendo completa lucidità.

Quasi sempre si trovano dopo gravi commozioni cerebrali dei sintomi nervosi isolati i quali dimostrano una malattia cerebrale cronica. Nel primo tempo io osservai rigidità pupillare instabile; inoltre sono frequenti: la ineguale innervazione di una metà della faccia, tremore della lingua, della muscolatura della bocca, deviazione della lingua e specialmente forte esagerazione del riflesso del ginocchio. Per lo più c'è una speciale sensibilità per l'alcool (1). »

Altrove (2) Kraepelin indica come « diminuita capacità di resistenza psichica » la sindrome che Kahlbaum designò come Cefalosia e che costituisce, secondo molti osservatori, ciò che la psicosi traumatiche hanno di clinicamente specifico. « Questo disturbo, egli dice, sembra che si sviluppi in conseguenza di gravi percosse sulla testa, talvolta dopo un intervallo lungo. Esso è contrassegnato da una rapida esauribilità, da un alto grado di distraibilità e di disattenzione, da grande emotività, da sensibilità abnorme per le più diverse sostanze che influiscono nocivamente sul cervello, specie per l'alcool. Di solito si associano sintomi di diminuita funzionalità, difficoltà della appercezione, debolezza di giudizio, mancanza d'interesse, ottusità, diminuzione della capacità di lavoro. »

---

(1) Psychiatrie. Bd. II pag. 315.

(2) Psychiatrie. Bd. I pag. 20.

Riproduco la storia di un caso di psicosi consecutiva a percossa sul capo, che passò in quest'ospedale una fase della malattia e vi ebbe, dopo una remissione che parve guarigione, l'esito letale. L'interesse del caso sta nella relazione che ne ha scritto, con abbondanza di particolari, il malato, intelligente osservatore di sè, durante la remissione sopraddetta; e soprattutto nella conoscenza del decorso complessivo e dell'esito, ciò che invano si desidera in molti casi pubblicati di psicosi da trauma al capo. Esempio le tabelle di Guder che recano un gran numero di casi clinici i quali al momento della pubblicazione erano rimasti inguariti, e noi non sappiamo che cosa ne seguì poi: altri sono dati per guariti, ma a noi resta il dubbio che attraversassero uno di quei periodi di attenuazione o di scomparsa dei fenomeni morbosi che danno l'illusione di una restituzione permanente dall'integrità psichica, come vedremo nel caso che segue.

La storia anteriore allo sviluppo della malattia, che fu a 38 anni di età, è molto semplice. Si tratta di un ingegnere, molto intelligente e colto. Il padre fu sempre sanissimo: la madre era un po' nervosa e morì di flebite: i fratelli sani. Fino alla malattia attuale, nulla aveva turbata la salute di quest'uomo che fu sempre equilibrato ed attivo. Da undici anni era ammogliato ed aveva tre figli sani.

Qui diamo luogo al suo racconto scritto :

« Fu nell'estate dell'anno 1891 che, stando solo in casa, per appendere un ferro necessario al sostegno di una lampada, io, non avendo scala alta sufficientemente, collocai quella piccola che possedevo su di un tavolo, e vi salii per potere fissare il sostegno nel muro. Non posso accennare alle cause della mia caduta dalla cima della scala. Mi fu detto dalla mia padrona di casa, che abitava al disotto del mio appartamento, che udì un grosso tonfo, e che l'intervallo passato fra questo e il chiedere soccorso che io feci, fu di circa un quarto d'ora. Sta il fatto che dopo questo intervallo, di cui non ho la percezione, essendo stato svenuto e senza conoscenza, io mi sono alzato da terra, tutto intriso dal sangue che mi scorreva dal naso e che già in larga copia aveva intriso il pavimento, con l'occhio sinistro chiuso perfettamente, ostruito da una forte ecchimosi nerastra che metteva in rilievo la palpebra: il tavolo era completamente rovesciato e la scaletta essa pure; un piede del tavolo era insanguinato e la mia posizione sul pavimento era contro il muro. Ma quale causa aveva prodotto uno sconvolgimento così anormale dell'appoggio sul quale era salito e che misurava appena quattro metri d'altezza, come avevo potuto essere così inalmente colpito, data l'altezza così limitata, io non posso dirlo....



Appena riavuto dallo svenimento, trasognato, asciugato il sangue che copiosamente mi scorreva dal naso, sono corso ad uno specchio: il mio occhio sinistro, sollevando a stento la palpebra rigonfia, era intatto, ma la visione era scomparsa affatto..... Palpando il corpo in tutte le parti non provavo alcun dolore, solo una leggera lussazione alla spalla sinistra mi doleva, ed il segno, di già verdastro, ne indicava la posizione. La mia mente non dava alcun segno di sbalordimento, sebbene il colpo fosse stato fiero, ed ho avuta la forza di recarmi nell'altro ambiente per chiamare la portinaia perchè corresse ad avvertire il medico, poi estesi il telegramma a mia sorella che era a Pavia affinchè si recasse ad assistermi, non volendo avvertire subito della disgrazia mia moglie che allattava.

Cessato lo sbalordimento prodotto dalla caduta, nacque subito la preoccupazione, che, ingigantita, doveva essere la causa di tutto il male che in avvenire ho provato, per la perdita dell'occhio che io riteneva sicura. Mi ero posto in letto allorchè fui visitato dal medico: egli non potè pronunciarsi subito sulla natura del male, temeva che per la furezza del colpo potessi andare incontro alla congestione cerebrale, mi ordinò bagni continuati con pezzuole nella parte offesa con acqua vegeto-minerale, e bevande di acqua di Ianos: il riposo e la calma erano da lui specialmente raccomandati.

Una lunga settimana ho passato al letto, sottoposto a quella cura; il timore della congestione era affatto scomparso: mi rimaneva sempre la preoccupazione della vista. L'ecchimosi sotto l'applicazione delle compresse era assai diminuita; l'occhio aveva ripresa la facoltà visiva, ma debolissima ed appena sensibile: vedevo l'agitarsi della fiammella della candela accesa, senza che fossi colpito dalla luce viva di essa.

Causa poi del rimedio ingoiato (sic) un'estrema debolezza mi si era impossessata, ed allorchè per la prima volta mi alzai dovetti camminare quasi a stento. Tutto ciò mi spaventava e mi produceva un malessere, un'apprensione inesplicabile mai sentita: io che non aveva mai provato titubanza nell'affrontare qualsiasi ostacolo, mi trovavo pusillanime davanti ad una disgrazia certo minore di tante altre che colpiscono l'uomo;... solo il pensiero di non potere più esercitare quelle facoltà che mi rendevano tanto gradevole la vita mi procurava l'apprensione e il malessere che ho accennato. L'applicazione della benda all'occhio fu già per me un disgusto, ma era reso necessario dalla diplopia che mi si produceva nel fissare gli oggetti.

Un oculista consultato rispose che l'occhio danneggiato non avrebbe mai più recuperata la primitiva visione. Sotto questa impressione il mio fisico subì anch'esso una trasformazione che non fu percettibile, che si svolse gradatamente. L'appetito era pressochè scomparso; qualsiasi cibo più ricercato era da me ingoiato con ripugnanza: anche il vino mi produceva disgusto: il mio pensiero era costantemente rivolto al difetto dell'occhio. Dopo circa

un mese di cura avevo ripreso le mie occupazioni di ufficio, ma senza slancio, senza entusiasmo, anzi con amarezza perchè provavo la differenza fra il lavoro che eseguivo prima e quello che mi permetteva di fare l'imperfezione della mia vista; conseguentemente il mio carattere allegro si modificò sensibilmente; divenni pensieroso, taciturno, distratto. Un'altra imperfezione era comparsa: un ronzio molesto, non interrotto all'orecchio destro e perciò una leggera sordità; ed anche questa, uscita nel principio della malattia, aggravava il mio malessere.... Fuggivo la compagnia dei miei figli e mi rifugiavo solo in un ambiente segreto. Anche la lettura non era da me più apprezzata: mi era quasi scomparso ogni diletto: prestavo pochissima attenzione, contrariamente al vivo interesse che mettevo prima all'esame di qualsiasi libro.... Una specie d'inerzia s'impadronì di me e mi intorpidiva i sensi. Anche nel moto risentii una modificazione: da valente camminatore, come ero, divenni pigro: un'incertezza nel passo mi faceva provare ripugnanza d'intraprendere lunghe passeggiate.... Lentamente io peggiorava e vieppiù s'ingrandivano per me i fenomeni che ho accennati....

Era appena decorso un anno dalla caduta quando per prender forza e distrarmi pensammo d'andare in campagna..... Dopo un mese circa in un pomeriggio mi recai, come di consueto, a visitare un vastissimo latifondo situato a cinque chilometri dal paese. Vi erano estese praterie: dopo una passeggiata di breve durata, nel ritornare verso il cascinale, tutto ad un tratto sentii uno stordimento colpirmi il capo.... Entrato nell'ara, mi assisi in preda a un turbamento indicibile. Mi sembrava che dintorno a me gli oggetti e le persone si movessero meccanicamente come automi, non come animati: mio cognato che scorgeva il mio turbamento, chiedeva con ansia cosa avessi.

Mi sono fatto coraggio ed ho ripreso forza, ma poco dopo il mio ritorno a casa ho provato le stesse impressioni: quel movimento meccanico delle persone e delle cose: il suono mi giungeva distinto, ma con un timbro speciale, non animato, senza tono. Ero vivamente impressionato di questo fenomeno, tante più che il mio pensiero si andava modificando: parevami che *un altro* si fosse impadronito del mio essere e importasse impressioni del tutto nuove ma non confortanti, ma del tutto strane, malvagie, assurde, impossibili. Avevo qualche sosta nel loro assalto, ma nella notte che passai insonne fui da loro continuamente assalito....

Non sentivo più il desiderio di cibarmi e all'ora fissata vi andavo con ripugnanza. L'esistenza mi era divenuta insopportabile. Lo scoraggiamento mi dominava. Avevo facile irascibilità, incertezza nel camminare. Uno spavento fuor di misura mi opprimeva. La diplopia era più molesta e l'applicazione più faticosa. Il medico curava il disturbo visivo con iniezioni di stricnina intorno all'occhio. I miei nervi sotto l'impressione del rimedio si stiravano; mi era impossibile per un paio d'ore di muovermi se non appoggiato e con dolori acuti.

Cominciai ad accarezzare l'idea della morte, come se essa sola fosse il rifugio d'ogni mio male.... Sentivo un desiderio incessante, continuo di gustare la pace assoluta, di ottenere il riposo della mente, e non vedeva allora altro rifugio, sotto la debolezza estrema del mio sistema nervoso, che finire i miei giorni; mi pareva così di raggiungere quello stato incosciente che avevo provato nel quarto d'ora di svenimento che aveva susseguita la mia caduta..... Di questo mio divisamento nulla traspariva: nè una parola nè un atto mi era mai sfuggito, che potesse far scorgere ad altri ciò che pensavo fra me e me..... Per le iniezioni col preparato di stricnina l'occorrente era collocato nella mia camera da letto: senza far scorgere a nessuno quello che la mia mente divisava, sono salito solo nella camera e, con tutta calma, a mezzo di un cucchiaino ingoiai la medicina aggiungendovi poi della noce vomica che mi serviva per i dolori di stomaco: la quantità ingoiata riempì del tutto il cucchiaino da tavola che mi servi. Poi discesi tranquillamente e andai nella camera da pranzo. Ero appena seduto che fui colto da convulsioni spasmodiche violentissime..... ho sentito sebbene quasi esausto del male tutto l'orrore per l'atto che avevo compiuto, ma non pronunciavo sillaba..... Le convulsioni poco per volta diminuirono e la sera erano cessate, ma sentivo un fortissimo dolor di capo e una confusione bizzarra di cose o di persone si era impadronita del mio pensiero. Ho assistito con perfetta impassibilità alle visite numerose di parenti; ne sentivo anzi noia: desideravo la quiete, proprio la quiete e d'essere solo solo, non udire alcun rumore, riposare insomma tranquillamente, incoscientemente.

Questo avveniva nell'autunno del 1892: un anno dopo la caduta. Allora incominciai una cura ricostituente: nel Natale dello stesso anno potei raggiungere la mia famiglia, se non nella pienezza delle mie forze, rinfrancato e del tutto cambiato. La mia mente risentiva ancora qualche sofferenza, ma momentanea: lavoravo e leggevo con interesse, talchè potei senz'altro rientrare nel servizio professionale. L'appetito mi era tornato.

Nel Luglio del 1893 feci pratiche per avere un trasloco a M.... e riuscii ad ottenerlo.... Un po di debolezza mi era rimasta, ed anche il mio stomaco non aveva ritrovato una perfetta sicurezza di funzione. Una soverchia applicazione per le cose d'ufficio mi recò qualche incomodo, ma sopportabile. A M.... mi trovai relativamente bene fino al momento che vado ad accennare. In quel tempo tutta la mia antica gaiezza rinacque, e nell'intimo cerchio degli amici passavo allegramente il tempo.

Eravamo giunti al carnevale del 1895 (Qui racconta come avesse la rivelazione che sua moglie era affetta da una malattia polmonare incurabile). L'impressione che ne provai fu fortissima. Nella notte e nei giorni seguenti risentii il malessere antico. Perdetti l'appetito e dormivo pochissimo. Quando dovevo muovermi, sentivo una incertezza nel camminare che me ne toglieva la voglia. Ero prostratissimo: il bisogno della quiete assoluta s'impadro-

nì di me come un'ossessione. Io invocavo la serenità e la calma, e il contrapposto si faceva sentire col disordine delle idee e colle bizzarrie assurde del pensiero.... Questo stato d'animo mi produceva ogni disperazione: prevedevo che per curare questo disordine mi sarebbe stato necessario il manicomio.... La lotta del pensiero era terribile e tale da farmi invocare di nuovo l'estremo rifugio: non era una mania, ma sempre quel desiderio di afferrare il riposo della mente, per dimenticare quelle vertigini del pensiero così terribilmente moleste. E sotto il loro tormento avevo cercato l'oblio precipitandomi dall'alto di una mura.... e dopo uno stordimento di pochi minuti avevo potuto del tutto incolume tornare a casa dai miei, senza che apparisse la minima traccia dell'atto commesso. Pochi giorni appresso fui condotto qui.

Non accennerò che di sfuggita ai fenomeni ai quali sono stato soggetto qui fino al momento della mia guarigione. Ora essi mi si presentano alla mente come sogni e sogni realmente erano. Parmi nei primi giorni del mio soggiorno di essere stato chiuso in una delle celle del pian terreno: la percezione chiara risale solo alla mia dimora al piano di sopra. Nei primi mesi la mia inappetenza continuò e furono costretti a farmi ingoiare a forza il cibo: io non volevo mangiare che solo pane: poi a pò per volta divenni vorace: allorchè mi veniva presentato il cibo mi affrettavo a farlo sparire. Il pensiero era sempre incerto e vagava in un mondo fantastico ed originale. Non mi sembrava di essere in un mondo vivente, ma bensì in altro tutto differente da quello che è realmente. La notte specialmente, in sogno, io intraprendevo viaggi per terre sconosciute, fra esseri foggianti in nuova guisa; ed allorchè l'infermiere faceva la visita, io mi svegliavo, rimanevo sbalordito di trovarmi al mio letto coricato, tanto erano per la mia mente vive le impressioni provate in sogno: e le tracce di essi le risentivo anche nel giorno, e mi lasciavano confuso ed incerto tra il reale e l'immaginario. E di questa incertezza erano improntati anche i discorsi che io facevo coi miei quando si recavano a visitarmi; e solo coi miei risultava questo fatto, poichè per lungo tempo ho tenuto un assoluto mutismo con tutti gli altri che ho avvicinati. Questa forma anormale di pensiero non mi producea alcune molestia; solo nei primi momenti che ero qui sono disceso nella notte dal letto, forse sotto l'impressione di cose sognate. Un conforto fra queste stravaganze di pensiero mi rimase sempre: sentendo voci di bimbi o di donne, queste si modulavano esattamente su quella dei miei figli e di mia moglie, confortandomi e facendomi coraggio: ma io non sentivo il bisogno d'informarmi delle loro persone, allorchè qualcuno dei miei mi visitava. Progredendo nella nutrizione, i fenomeni della mente accennati si andavano modificando. All'indifferenza per il mondo esterno, subentrò la curiosità: principiai ad informarmi prima dei miei compagni che avevo sempre evitato, poi del mondo esteriore e mi interessavo delle notizie che ricevevo e dei giornali. Poi

l'interesse crebbe, e rinfrancando sempre più il mio fisico, la mia mente tornò alla quiete e ad afferrare la realtà, come prima della caduta ».

Entra nell'ospedale il 22 Luglio 1895. Apparisce disordinato: parla da sé di livelli e di cose della sua professione: è impossibile farlo stare attento. Pare abbia allucinazioni olfattive. Cammina curvo strascicando alquanto la gamba destra. Un esame molto sommario, causa le condizioni del paziente, rileva l'esagerazione dei riflessi rotulei, specialmente a destra, la mancanza del riflesso cremasterico a destra e il suo aumento a sinistra. Riflesso pupillare alla luce normale. Manca al dolore. La sensibilità tattile e dolorifica è diminuita: ma bisogna osservare che il paziente non pone attenzione: punto profondamente fa qualche movimento reattivo. Olfatto e gusto aboliti. Assaggia il dolce, l'amaro, il salato a gradi potentissimi, senza reazione. L'occhio sinistro è strabico all'interno.

Ha di tanto in tanto delle scosse tonico-cloniche nei muscoli dell'arto inferiore destro che si propagano anche al braccio. Specialmente il piede è flessione ed estensione ripetutamente, ed ha anche scosse oscillatorie. Un infermiere assicura d'averle viste anche a sinistra. La sua donna di servizio dice che anche a casa aveva spesso di tali accessi di tremore, che cominciavano spesso a sinistra.

26 Luglio. Dice qualche parola assennata, ma l'attenzione subito gli si distrae. Si alza, mangia da sé correttamente. Ha facilissima emotività: piange al ricordo della famiglia: poco dopo non ricorda più e parla di mille altre cose. Ha delle gravi parafasie ed amnesie verbali. Mentre parla è costretto a fermarsi perchè dimentica le parole, ma poi le dice alcune volte sbagliate e ciò specialmente nei nomi propri (Tamberloni invece di Tambroini, Obibici invece di Obici). Non ricorda il nome degli oggetti, ed è necessario provocare in lui una serie di associazioni ideative perchè egli trovi la parola che indica l'oggetto. In certi momenti parla del suo male e nota egli stesso la sua parafasia. Esprime la certezza che tutti i suoi mali dipendono dal trauma patito. Non ha ancora afferrata la conoscenza dell'ambiente; crede di mangiare in una trattoria; dubita che lo vogliano bastonare perchè non paga.

In Novembre il malato è aggravato quanto alla psiche. Non parla quasi più, o solo a voce afona; sta sempre solo, senza desideri, non vuol vedere la famiglia, è sudicio, lento in ogni movimento, come smarrito. Ora trascina la gamba sinistra.

In Dicembre lo troviamo nelle stesse condizioni: muto, sudicio di giorno e di notte. Dorme e mangia con appetito vorace. Nell'aprile dell'anno successivo (1896) è migliorato della nutrizione, allegro d'umore; parla e scherza con tutti. Chiama in disparte il dott. Obici e gli racconta in segreto che nei tempi passati s'era trovato in condizioni di avere immensa, infinita

potenza; che ne aveva abusato ed ora gli sembrava di non averne più; poteva, se voleva, far sparire il danaro, cambiare la carta moneta in oro ecc.; voleva prendere una medicina, l'arsenico, per tornare nell'antica potenza, oppure sparire perchè egli era di danno a tutti.

Per lui il Manicomio non è che la riproduzione del vero manicomio di Ferrara: la città è morta, sparita. Il direttore si rassomiglia a Tambroni. Ode le voci dei parenti che lo chiamano per nome. I suoi figli non sono più completi ed egli non può più restituirli allo stato di prima. I suoi fratelli sono morti, ed è lui che li richiama in vita quando lo vengono a trovare. Nell'Ottobre in pochi giorni si compie un mutamento sorprendente: scompare la indifferenza e la distraibilità e si ristabilisce la personalità normale.

La remissione è durata quasi due anni, durante i quali egli riprese il governo della famiglia e si è riammogliato. Un mese prima di rientrare qui, cominciò a dolersi d'un'ischialgia. Il 21 Febbraio 1899 fu ricondotto al manicomio. Era in uno stato di disorientamento totale. Qualche momento gridava, poi diceva parole incoerenti, poi si chiudeva in un mutismo ostinato. Gestiva con disordine coreiforme: aveva ogni tanto delle contratture degli arti superiori. Più spesso stava immobile, con lo sguardo fisso nel vuoto. Il giorno 27 sopravviene inaspettatamente collasso cardiaco, edema polmonare acuto, lieve elevazione di temperatura e alle 14. 20 la morte. La necropsia non è permessa.

Ricostruendo rapidamente lo svolgimento di questo processo morboso, che rende con esatta corrispondenza molti dei tratti più propri del secondo gruppo di Krafft-Ebing, noi troviamo questa successione di fenomeni psichici.

Paralisi della coscienza durata circa un quarto d'ora dopo la percossa del capo.

Si ordisce lentamente uno stato neurastenico: l'individuo è tenuto da una preoccupazione esagerata del proprio stato, che lo rende depresso: diminuisce la capacità di lavoro, si stabilisce una stanchezza cronica, si manifesta un'abnorme distraibilità ed irascibilità. Lo stato neurastenico s'intensifica, sopravviene un insulto violento di vertigine, ed il malato fa un tentativo di suicidio (un anno dopo l'accidente). Segue un periodo di tre anni nel quale egli sembra tornato alla salute di prima, ed è in grado di adempiere gli uffici faticosi della sua professione; solo egli avverte un po' di debolezza e una più facile esauribilità.

L'annuncio di una disgrazia domestica lo ripiomba bruscamente in uno stato neurastenico ingravescente, con prostrazione dolorosa e tedio della vita, che fa capo a una fase, propriamente

vesanica, che dura un anno e qualche mese e guarisce in poco tempo. I sintomi in questa fase di alterata personalità furono: dapprima uno stato di confusione sognante e disorientamento a momenti totale, a momenti parziale: poi inerzia apatica: poi euforia con idee deliranti mutevoli di grandezza e di negazione. E fra i sintomi organici meglio accertati: diplopia sinistra, ronzio all'orecchio sinistro, accessi di tremore epiletticoide che cominciava ora all'arto superiore destro, ora al sinistro e poi si generalizzava, disturbo non ben definito dell'andatura (ora trascinava l'arto inferiore di destra, ora quello di sinistra); per un breve periodo abolizione del gusto e dell'odorato, oscillazioni della nutrizione generale, disturbi passeggeri della favella.

Remissione completa dei sintomi psichici ed organici (tolto il difetto visivo), reintegrazione apparente della personalità normale per lo spazio di due anni. Recidiva di tutti i sintomi delle fase precedente e morte.

Lasciando a tempi, che forse noi non vedremo, il compito felice di trovare il perchè di queste successioni di fenomeni, noi vogliamo ora domandarci: poteva il medico e con quale grado di probabilità, prevedere l'esito e difendersi dall'inganno delle remissioni? e, più in generale, c'è modo di presagire come finirà una psicosi consecutiva a trauma del capo?

In sostanza noi sappiamo che due possibilità possono verificarsi. La prima è che alla percossa sulla testa può seguire qualcuna delle malattie mentali riconosciute come entità nosologiche con decorso ed esito speciale: così è noto che « traumi al capo sono spesso citati come cause della frenosi maniaco-depressiva », sebbene « appena qualche volta si può dare la dimostrazione del nesso causale in modo persuasivo » (Kraepelin) (1). Press' a poco lo stesso si può dire della demenza precoce e delle neurosi generali. Quando alla Paralisi, le sue relazioni col trauma del capo sono state oggetto di dibattiti anche recenti, ed il costrutto che può cavarne è, secondo Kraepelin, il seguente: Ai traumi del capo la Paralisi segue in alcuni casi quasi immediatamente. Siccome si tratta per lo più di persone giovani per altre ragioni disposte a malattie mentali, il trauma è, come avvisa Gudden,

---

(1) Psychiatrie Bd II p. 401. Veggasi in esempio il caso pubblicato da Lachi: *Cronaca del Manicomio di Siena*. Anno VIII. n. 5.

l'occasione che mette in vista la malattia. D'altra parte noi vediamo la Paralisi seguire al trauma dopo degli anni, cosicchè si dovrebbe piuttosto ammettere un' azione preparatrice del trauma. Naturalmente la sicurezza del nesso è sempre molto poca: nello stesso tempo è dubbio se tali casi siano della stessa natura, e specialmente se si possano riferire alla Paralisi progressiva (2). In ogni modo la diagnosi di questi processi, che si fa coll' analisi dei sintomi, inchiude una prognosi determinata.

La seconda possibilità (prescindendo dai casi nei quali si verificano delle alterazioni psichiche parziali, come perdite di certi gruppi di ricordi, follia morale, alcoolofilia (Morselli), è che al trauma del capo tenga dietro una di queste psicosi di cui il caso nostro è, pure nel resoconto imperfetto che ho potuto darne, un esempio interessante; psicosi che non corrispondono a nessuno dei quadri morbosi ammessi fin ora dalla patologia mentale, e rappresentano l'espressione clinica di una reazione specifica della corteccia al trauma. In questi casi che prognosi fare? Basta uno sguardo alle tabelle, poste in fine del lavoro di Guder, a persuaderci dell'esito generalmente infausto di questi processi, anche quando si prolungano strascicando il loro decorso oltre i dieci anni. È vero che in qualche caso si parla di guarigione: anzi Wille al congresso di Baden del 1877 (3) si espresse in senso ottimista. « La prognosi, egli disse, della Psicosi traumatica primaria-diretta non è così disperata, come Krafft-Ebing l'ha rappresentata, se tre su quattro dei miei casi hanno avuto esito favorevole. Anzi io potrei dar peso alla circostanza che nel quarto caso l'alcoolismo cronico, la grave ereditarietà e la costituzione epilettica si complicavano colla causa traumatica ecc. ». Hartmann (4) ci ha lasciato questi insegnamenti: « la prognosi è nella Psicosi primaria traumatica relativamente favorevole (su 15 casi 6 volte guarigione, 5 volte miglioramento). La prognosi degli altri casi è poco favorevole: di 108 casi solo 30 migliorarono, in 27 si ebbe esito letale, in 49 nessun miglioramento ed esito in demenza ». Guder poi ha raccolto dalla letteratura sei casi di Psicosi da trauma al

---

(2) Psychiatrie Bd II p. 288.

(3) *Archiv für Psychiatrie* Bd VIII, 219.

(4) Loc cit. pag. 129.



capo, guariti dall'intervento chirurgico, così da farci rimpiangere che non vi si abbia ricorso più spesso.

Se non che anche queste affermate guarigioni, o spontanee o chirurgiche, ci lasciano sospesi nel dubbio. Per le une come per le altre è lecito chiedersi se si tratta di reintegrazioni permanenti o passeggera; e il nostro caso colle sue remissioni è a questo riguardo sommamente istruttivo. È insomma necessario che i medici producano storie complete; storie cioè che seguano l'individuo per un lungo spazio di vita, non che s'interrompano a mezzo lasciandolo malato o migliorato o guarito sia pure da qualche anno, perchè da osservazioni così monche non possono uscire che insegnamenti fallaci. L'esame poi dei processi psichici anche in questi malati dev'esser fatto con metodi meno sommarî, che restringono la parte lasciata fin ora alle impressioni soggettive e mutevoli dell'osservatore: Rieger e Gross (5) hanno fatto tentativi in questo senso. Solo con un esame più fine dei processi psichici la clinica può contribuire alla soluzione della questione controversa: se per il trauma del capo insorgano anche forme specifiche di psicopatie; questione così controversa che Hartmann (6) scrive: « la pazzia traumatica non è una forma nosologica specifica »; e tosto soggiunge: « essa ha però certe particolarità nel decorso e nell'esito »; e al congresso di Milano del 91 mentre uno dei relatori, Gonzales (7) concludeva che « la follia traumatica si può accettare fra le forme di malattie mentali come si accetta la follia pellagrosa, l'alcoolica, la sifilitica », Frigerio invece dava per conclusione che « i sintomi clinici non sono tali da autorizzare a farne una speciale forma di pazzia ».

---

(5) Psychologische Arbeiten Bd II pag. 570.

(6) Loc cit. pag. 128.

(7) *Rivista sperimentale di Freniatria* 1891 pag. 189.

## **Per la diagnosi e la prognosi delle malattie mentali**

del Dott. **Alberto Vedrani**

### **II**

..... maggiore e più degna cosa allegherò,  
allegando la esperienza maestra ai maestri...

Leonardo da Vinci

» Se le ripetute esposizioni di Kraepelin e dei suoi scolari, Aschaffenburg ed altri, hanno trovato uno scarso assentimento, io potrei dire anzi una passiva resistenza da parte della maggioranza degli osservatori, se ne deve recare cagione non poca al fatto che Kraepelin non s'è curato di produrre storie di ammalati, che potrebbero aver forza di documento e di prove delle sue asserzioni; come anche alla critica poco profonda delle vedute contrarie, alle quali la scuola di Kraepelin non reputa necessario contraddire; e finalmente alla forma, non di rado poco conciliante, colla quale le nuove dottrine sono esposte ».

Così il Meyer (1) dice seguitando la critica, alla quale ho accennato sul finire dell'articolo antecedente. Tanto spesso capita di sentire affermazioni e negazioni fondate sopra una pratica proclamantesi, che il primo appunto del Meyer potrebbe parer giusto, se non fosse fuor di luogo per ciò che riguarda le dottrine kraepeliniane; a conferma delle quali non è mancato chi scrivesse storie di ammalati (Weygandt, ed altri che non importa nominare): invece sarà mancato chi le legga, ed esse sono rimaste per danno delle carte.

In ogni modo io mi sento giustificato dall'osservazione di Meyer, nel riprodurre storie di fatti, quali i medici di manicomio vedono quotidianamente; coll'intendimento di giovare a risolvere qualche questione, a proposito della quale non si sentono se non voci discordanti. Infatti la formola diagnostica « *frenosi manico-depressiva* », a proposito della quale abbiamo cominciato a cer-

---

(1) *Archiv f. Psychiatric* loc. cit. pag. 872.

care i criteri clinici che permettono di affermarla al letto del malato; questa formola, proposta per significare insieme ciò che prima si distingueva come pazzia periodica, pazzia circolare, mania semplice, suona per la maggioranza come un neologismo inutile o come un errore. Quando Nissl (1) la portò e la spiegò al congresso di Heidelberg del 1898, la sua comunicazione passò in silenzio. Quando il mio amico Obici (2) vi accennò indirettamente all'ultimo congresso di Napoli, qualcuno la rilevò solamente per dire che con questa denominazione « non si faceva che creare una nuova nomenclatura, la quale serve più a confondere che a chiarire le idee ». Veramente la questione non era se il concetto del Kraepelin chiarisce o confonde le grame e poverette idee della nostra psichiatria clinica; era invece se quel concetto rende e specchia la realtà dei fatti clinici più fedelmente degli altri; se la mania, la frenosi periodica e quella circolare sono o no tutta una cosa. Anche l'illustre Seppilli e il Dottor Lui dichiarano (3): « noi non crediamo, almeno per ora, di accettare che in parte questo concetto. Se da un lato varie forme di mania e melancolia recidivanti, per i loro speciali caratteri, non rappresentano altro che episodi della frenosi periodica o circolare, dall'altro però è d'uopo riconoscere che la tendenza alle recidive, così frequente nelle malattie mentali, è in genere qualche cosa di diverso dall'avvicinarsi periodico di un accesso a caratteri uniformi, quasi diremmo stereotipati ».

Ultima viene la grande autorità di Wernicke « Anche a questo concetto, egli scrive (4), secondo il quale ci sarebbe per lo meno da aspettar sempre recidive della stessa malattia, io, per la mia esperienza, debbo del tutto contraddire. La melancolia affettiva mostra una certa, anche se non molto grande, tendenza a recidive; in ogni caso molto meno spiccata che in altre malattie mentali. Se si fa eccezione dalla pazzia circolare che, senza dubbio, non si può a capriccio, come fa Kraepelin, allargare a casi singoli di melancolia o mania, l'asserzione, messa avanti con

---

(1) *Allgem. Zeitschr. f. Psych.* Bd. LVI. H. 1. 2. p. 264.

(2) *Il Manicomio moderno* 1899 p. 433.

(3) Studio statistico, clinico, antropologico sulla pazzia nella provincia di Brescia p. 27.

(4) *Grundriss der Psychiatrie* 1900. Theil III p. 357.

tanta sicurezza da Kraepelin, può trovare una spiegazione solamente nel fatto che egli ha preso in considerazione solo i casi di melancolia vicaria; casi cioè in cui un accesso di mania recidivante è sostituita da una melancolia affettiva ».

Mi sia lecito dire che la critica del grande patologo di Breslavia scopre il suo lato debole nell'antropomorfismo del concetto ch'egli oppone a quello combattuto.

Che cosa infatti vogliono dire le parole « casi di *melancolia vicaria* (*Fälle stellvertretender Melancholie*) nei quali un accesso di mania recidivante è sostituita da una melancolia »? Wernicke accoglie il concetto della mania, malattia acuta che ha molta tendenza alle recidive; e quando nella serie delle recidive incalzanti si abbatte a una fase depressiva, egli, per una specie di concezione antropomorfa, accolta in altri campi della patologia, parla di sostituzione e di vicarietà; tenendo con ciò distinte, come due individualità cliniche, la mania dalla melancolia. Infatti anche nel campo dell'epilessia si parla di vertigini, di assenze ecc. equivalenti della convulsione; nella patologia dell'emigrania di vomiti, di afasia e di parestesie equivalenti dell'accesso emigranico. Ma, così esprimendosi, la patologia nervosa ha già superato il periodo preistorico nel quale il vomito, l'afasia, la parestesia, la vertigine erano considerate come malattie; essa le riguarda ora come le manifestazioni superficiali di speciali cause profonde, le quali si espandono fuori ora con uno, ora con altro, ora con vari aggruppamenti di questi sintomi. Perchè si deve valutare diversamente la mania e la depressione?

Che cosa c'insegna infatti la clinica psichiatrica? Essa c'insegna che la mania semplice, rivelantesi per un accesso unico nella vita, è straordinariamente rara; che sul principio e sul finire e nel corso dell'accesso maniaco si danno ore e giorni di depressione o di stati misti di mania e di depressione (stupore maniaco, depressione agitata); che in un numero straordinariamente grande di casi, mania, depressione, stati misti si avvicendano durante la vita. Anzi io qui voglio trascrivere quello che Wernicke scrive nove pagine più innanzi (1): fa sempre piacere appellarsi all'esperienza di un osservatore eminente: « È degna di nota, egli

---

(1) ib. p. 367.

scrive, la relazione della mania genuina colla melancolia. *Queste due malattie mostrano un'intima parentela*: infatti esse si combinano nei tre seguenti modi: 1) un grado leggero di una delle due malattie suole di solito presentarsi nella convalescenza dell'altra e segnarne la chiusura. La durata di questo cambiamento dura ora alcuni giorni solo, ora alcune settimane. 2) la mania è la malattia che più di tutte le psicosi inclina alle recidive. Tra i singoli accessi dapprima passano di solito degli anni; poi col tempo l'intervallo s'accorcia, così che il tempo occupato dalla malattia prevale su quello della salute. Qualche cosa di simile, ma solo molto più di rado, avviene per la melancolia. Ora l'osservazione clinica insegna che una recidiva della mania può essere sostituita da una melancolia (la quale del resto diventa partecipe della prognosi buona della mania); e che anche l'inverso può avvenire. Questa è la sopradetta melancolia vicaria. 3) finalmente si dà molto frequente una combinazione delle due malattie, in modo che dall'una si passa nell'altra.... Questa è la frenosi circolare ecc. ».

Ecco dei begli argomenti in favore dell'unità delle forme maniaco-depressive. Contro la quale non sembra sufficiente la considerazione che ha trattenuto Seppilli e Lui dall'accoglierla: « la tendenza alle recidive è in genere qualche cosa di diverso dall'avvicinarsi periodico di un accesso a caratteri uniformi, quasi diremmo stereotipati ».

Già gli autori di trattati, appena hanno disegnato gli schemi della frenosi periodica e della circolare, pare che s'affrettino a seppellirli sotto una valanga di eccezioni, che finiscono per essere la regola. Valga per tutti Krafft-Ebing il quale, detto che « fra i sintomi propri delle forme periodiche di pazzia, e che valgono a differenziarle dalle forme non periodiche, dobbiamo metter primo la congruenza stereotipa nei sintomi e nel decorso dei singoli accessi », s'affretta subito a soggiungere « però questa congruenza tipica non si mantiene per tutta la durata della malattia che abbraccia dei lunghi anni, e neppure per la durata di ogni singolo accesso.... La psicosi periodica si mostra talvolta dopo ripetute recidive con un quadro non conforme a quello morboso originario, e dopo molti anni si altera nella sua sintomato-

logia sotto l'influenza ecc. » (1) (lasciamo stare le spiegazioni). E più avanti « le psicosi periodiche si manifestano press'a poco negli stessi periodi di tempo », « però la giustezza di questa legge è soltanto in certo qual modo invalidata dalle condizioni esterne variabili, che promuovono la comparsa dell'accesso o la ritardano » (2).

Il fatto è che la legge non ha luogo che in casi rari. Quando avremo aggiunte queste altre verità che Krafft-Ebing scrive nel suo libro « negli intervalli esistono dei fenomeni più o meno considerevoli di una malattia permanente del sistema nervoso; talchè i singoli accessi, come quelli di una febbre intermittente o dell'epilessia, non segnano che il sintomo più saliente di una malattia durevolmente radicata » (3), « *non di rado molti anni prima che si sviluppi la pazzia circolare, si osservano degli accessi di mania semplice o periodica od anche di melanconia* » (4), « le fasi morbose maniche e melancoliche della pazzia circolare non contengono secondo la mia esperienza *nulla di specifico* » (5), noi avremo adunato un forte fascio d'indizi a sostegno del concetto kraepeliniano secondo il quale pazzia circolare, mania e frenosi periodica sono aspetti sintomatici di un unico processo fondamentale, focolaio profondo dal quale partono irregolarmente baleni e scintille, — e per usare le parole di chi ha il merito di avere primo tra noi esposta e difesa l'idea (6) — « forma mentale.... ad andamento non necessariamente periodico, ma costituita di accessi di eccitamento con logorrea e umore allegro, accessi di rallentamento psicomotorio e umore depresso isolati, ripetuti o alternati; e anche di accessi misti in cui i fenomeni dell'esaltamento e della depressione sono confusi insieme; la forma non conduce a demenza e la prognosi dell'accesso è sempre buona ».

---

(1) Trattato clinico-pratico delle malattie mentali Vol. II p. 271-72 ediz. ital.

(2) ib. p. 273.

(3) loc. cit. p. 272.

(4) loc. cit. p. 292.

(5) loc. cit.

(6) I. Finzi in questo giornale, 1899 p. 91.

## Osservazione I

Teresa Mand... è condotta nel manicomio di Ferrara il 9 Febbraio 1887 in età di 14 anni. Pare che i genitori e la sorella siano immuni da malattie nervose e mentali. Aveva intelligenza sveglia e carattere vivace. Circa un anno prima d'ammalarsi era stata percossa ed aveva subita una forte paura.

La malattia cominciò circa due mesi prima che fosse condotta qui con insonnio, cefalea e un senso continuo e indefinito di paura per cui trasaliva continuamente. Qualche volta le pareva d'essere inseguita e urlava. Qui dentro mostrò sul principio una grande variabilità di stati: ora calma e laboriosa, ora insolente e manesca, ora taciturna e stuporosa, ora melanconica (piangeva dicendo di essere cresciuta per la morte), spesso pareva spaventata (diceva di veder diavoli). Dopo un breve periodo di perfetto benessere condotta in famiglia sulla fine d'Agosto, appena a casa entrò in uno stato di taciturnità e di stupore durato dodici ore, poi si fece loquace, clamorosa, agitata, laceratrice, sitofoba. Fu subito ricondotta qui e non è più uscita.

Nei primi anni ha presentata una irregolare successione di accessi maniaci, stati di stupore e intervalli di benessere. Da circa sette anni gli stati di stupore non si presentano più: e la vita di questa giovane è diventata un accesso quasi continuo di mania grave (logorrea, atti di violenza, umore allegro con passaggi istantanei al furibondo), dalla quale i ritorni allo stato normale si fanno sempre più rari e brevi. Qualche volta manifesta ancora un senso vago di paura. Durante l'accesso la coscienza si mantiene lucida, e non ci sono idee deliranti. Negli intervalli dimostra intelligenza perspicace e affettività viva.

L'interesse del caso sta principalmente nel fatto che da circa sette anni questa malata presenta solo sintomi maniaci: bisogna frugare nell'anamnesi anteriore a questo periodo per trovare delle fasi depressive e di vero arresto psicomotorio; che furono molte nei primi anni della malattia, sebbene non durassero mai più d'un mese (l'ammalata le ricorda benissimo e dice: ero *incocchita* (istupidita) *come la Rossi* (un caso tipico di arresto psicomotorio), e sebbene il medico non le notasse neppure. Questo non per farne carico a un collega non più vivo, che del resto non trasse mai conclusioni avventate da osservazioni mal fatte; ma per mostrare una volta di più quanto sia grande, nella costruzione della nosologia psichiatrica, il pericolo di rappresentarsi le malattie mentali in concetti incompleti, quando non se ne ricerchi il decorso complessivo.

## Osservazione II

Albina Fab..... ha ora 33 anni. Eredità paterna. I suoi genitori vivono; le sue quattro sorelle godono una completa salute. L'inferma non ebbe mai malattie prima dell'attuale: aveva indole buona e serena, intelligenza comune. A 21 anni prese marito ed ha avuto, con parti sempre regolari, quattro figli che vivono sani. Durante l'allattamento dell'ultimo figlio (aveva allora 28 anni) s'iniziò la malattia che dura ancora. Insieme con disturbi della secrezione lattea comparvero sintomi psicopatici (circa due mesi dopo il parto); la donna si turbava eccessivamente della intermittente e insufficiente secrezione, s'irritava, piangeva, inveiva contro il suo destino, diceva che le streghe le avevano portato via il latte. Si fece insonne: lasciò d'occuparsi nelle faccende consuete. Febbre non ebbe mai, ma irrequietezza e loquacità continue. Durante un temporale l'eccitamento crebbe e fu condotta al manicomio nell'estate del 1894. Il complesso sintomatico che allora presentò (vivace esaltamento motorio, umore allegro, logorrea) fu diagnosticato « mania ». Nel Dicembre fu dimessa melanconica. Il periodo depressivo iniziatosi allora è durato quattro anni, due dei quali li ha passati in famiglia e due in questo ospedale. Ha presentato prima depressione agitata (con tentativi di suicidio), poi arresto psicomotorio. Durante la depressione agitata esprime idee deliranti tristi riguardanti i figli: essi sono volati, debbono essere sepolti, non sono morti, il Signore glieli fa vedere la notte, essa non ha fatto niente di male, non sa la ragione di questa vendetta divina, non sa che l'aspetti.

Una mattina di Maggio del 1899 la troviamo maniaca e tale è ancora (Maggio 1900). (Esaltamento motorio, umore allegro, logorrea). Orientamento e memoria integre.

Riassumendo, troviamo questa successione di sindromi: depressione agitata, mania genuina, depressione agitata e stuporosa, mania. Nei casi seguenti, dei quali tolgo la descrizione degli accessi passati dai diari scritti da osservatori certamente spregiudicati per ciò che riguarda la nostra questione, noi troviamo le medesime sindromi e le più diverse combinazioni di sintomi maniaco-depressivi, succedentisi nel più vario ordine.

## Osservazione III

Bonzagni Elisa è condotta al manicomio per la prima volta il 26 Giugno 1863, in età di 23 anni. Ha uno zio paterno debole di mente; il padre soffre di cefalalgie, la madre d'isterismo convulsivo. La malattia è cominciata cinque giorni prima che fosse ricoverata. « Trovasi, scrive il medico



curante, soggetta a demenza da cinque giorni, causata da patema d'animo e per avere una coscienza meticolosa, per cui l'ho dovuta assicurare nel letto tanto inferisce contro sè stessa e contro gli altri. »

27 Giugno, piange e si dispera perchè si crede dannata: non giova persuaderla.

30 Giugno. È molto più quieta e va lavorando.

3 Luglio. È quieta, di buon umore.

13 Luglio. Sempre bene. Mestruazione. Quieta, docile, esprime il desiderio d'andare a casa.

15 Agosto. È dimessa.

Ma il 23 Agosto è ricoverata di nuovo « avendo delle ore che trovasi furente. »

24 Agosto. È agitata, inquieta, paurosa.

26 Agosto. Teme di essere dannata: ha espressioni di paura e di esaltazione. Va lavorando.

28 Agosto. Sempre mesta e impaurita, va ripetendo che è dannata: piange e si dispera.

6. Settembre. È meno esaltata.

26 Settembre. È quieta ed allegra: non parla più d'aver perduta l'anima e d'essere dannata: lavora assiduamente.

1 Ottobre. Ricaduta nei soliti lamenti: piange e si dispera.

5 Ottobre. Sempre inquietissima. Urla che è dannata. Bisogna tenerla assicurata.

20 Ottobre. Lavora al telaio. Rammenta ciò che l'è successo e non sa darsene spiegazione.

12 Novembre. È quieta e lavora assiduamente.

15 Dicembre. Esce.

Il 9 Luglio 1865 è ripresa da un accesso grave e rimessa nel manicomio.

È rossa in viso coi grandi occhi spalancati. Si avventa facilmente contro le persone.

14 Luglio. L'accesso diminuisce.

26 Luglio. Esce guarita e va a servizio.

Il 13 Settembre 1865 è di nuovo nel manicomio. Interrogata non risponde: guarda con occhi fermi e non parla: improvvisamente s'avventa a percuotere.

16 Settembre. È già in senno: dice che non parlava in passato perchè assolutamente non poteva. Si presta volentieri a lavorare.

4 Ottobre. Esce guarita.

Il 27 Maggio 1866. Torna sbalordita coi grandi occhi spalancati. È assicurata perchè percuote volentieri le compagne. Bastona e non parla. Interrogata non risponde: guarda e tace.

31 Maggio. Sta meglio e si presta a far qualche cosa.

26 Giugno. Esce.

26 Luglio 1866 ritorna. Interrogata non risponde. Si direbbe smarrita.

28 Luglio. Mestruazione. È un po' più disinvolta.

31 Luglio. Sta meglio: parla, lavora.

10 Agosto. Esce.

Il 24 Maggio 1867 è ricoverata di nuovo. Cominciò a dar sospetto della malattia otto giorni prima: era più pensierosa e faceva discorsi sconnessi: gridava e rompeva le vesti.

24 Maggio. È smarrita, piangente, risponde poche parole e quasi con paura.

25 Non parla ed è affatto fuori di sé.

28 Maggio. Sta molto meglio e lavora.

26 Maggio. Esce guarita. Diagnosi: Esaltamento maniaco.

Il 13 Febbraio 1868 ritorna. Da pochi giorni improvvisamente ha dati segni d'alterazione.

È istupidita e maniaca (1). Non sa quello che si faccia: interrogata risponde male.

14. Febbraio. Oggi ha lavorato un poco: risponde a proposito.

3 Aprile. È pericolosa per quelli che l'avvicinano. Sta ad occhi aperti, come stupidita: non parla.

5 Aprile. Sempre nello stesso stato.

7 Aprile. Va facendo qualche cosa e migliora.

27 Maggio. Esce guarita. Diagnosi: Stupidità.

Ritorna il 27 Ottobre 1868. È muta cogli occhi spalancati: qualche momento minacciosa.

29 Ottobre. È come istupidita.

1 Novembre. Non parla: facilmente dà pugni.

5 Novembre. Ha sempre gli occhi spalancati e quasi fermi nell'orbita: è minacciosa colle compagne.

17 Novembre. Migliora e lavora.

25 Gennaio 1869. Esce guarita. Diagnosi: Lipemania con stupidità.

È riammessa il 12 Marzo 1870.

13 Marzo. È rossa in viso: discorre incoerentemente: è molto inquieta.

14 marzo. È sempre agitata con discorsi e risa fuor d'ogni proposito.

18 Marzo. Sta meglio.

1 Maggio. Si manifesta un altro accesso maniaco.

6 Maggio. Si va calmando.

24 Maggio. Esce rinsavita.

---

(1) I fatti medesimi hanno suggerito, molti anni sono, al medico che scrisse questi diari la espressione medesima adottata da Kraepelin e Dehio.

È riammessa il 15 Giugno 1872. È perduta colla mente: non si trova però allo stato di furore.

20 Giugno. Seguita ad essere piuttosto esaltata: parla molto.

29 Giugno. Assai più quieta: lavora.

20 Luglio. Esce. Diagnosi: Mania lieve ricorrente.

È riammessa il 14 Ottobre 1874. È molto smarrita e melanconica. Tiene di preferenza gli occhi bassi e parla senza senso.

16 Ottobre. Si mantiene press' a poco nello stesso stato.

27 Ottobre. Sta meglio e lavora.

1 Maggio 1875. Ha avuto qualche giorno d'inquietudine: ma tornò presto in perfetta calma. Lavora assiduamente e studia con profitto di leggere e scrivere.

7 Giugno 1875. Esce guarita. Diagnosi: Frenosi isterica.

È riammessa il 4 Luglio 1877. Pare stupita. Però se le si fa una domanda a voce alta e imperiosa, si scuote, risponde spesso benissimo; poi torna come prima.

7 Luglio. E un po' più disinvolta.

10 Luglio. Quieta, lavora.

10 Agosto. Esce guarita. Diagnosi: Mania.

È riammessa il 13 Novembre 1877. È smarrita e confusa: però mostra di riconoscere le persone.

14 Novembre. Oggi sta un po' meglio. Racconta che un mese dopo la sua partenza di qui ricadde in un accesso di melancolia che durò alcuni giorni.

20 Novembre. Quieta e laboriosa.

3 Febbraio 1878. Da qualche giorno è mesta, smarrita, taciturna.

5 Febbraio. Ricaduta nel suo accesso maniaco. È rumorosa: non sa quel che si dica: agitatissima.

8 Febbraio. Sta meglio.

10 Luglio. Accesso maniaco lieve e breve.

27 Ottobre. Un altro accesso più breve e lieve dell'altro.

11 Gennaio 1879. Ripresa dal malessere in forma di smarrimento. Il 20 Gennaio sta bene e riprende a lavorare. La donna non è più uscita dal manicomio. Da allora in poi ogni due o tre mesi una volta, o più volte nello stesso mese, colla più grande irregolarità, è stata presa dai suoi accessi fugaci. Nelle tregue che le dava il male, s'è conservata fino all'ultimo perfettamente normale, senza il più piccolo segno d'indebolimento mentale. È morta di tifo in età di 58 anni.

#### Osservazione IV.

Maria Zob.... ha il padre vivente e sano; la madre e un fratello sono morti al manicomio: un altro fratello fu molti anni sono al manicomio e ne uscì guarito.

Era sempre stata sana, aveva marito e un figlio di due anni, quando a 27 anni entrò nel manicomio per la prima volta (24 Maggio - 18 Giugno 1888) Otto giorni prima fu presa quasi improvvisamente da una specie di idiotismo (stupore?).

24 Maggio. È calma e un po' confusa.

27     »     È come smarrita. Chiede di suo marito, che, a suo dire, la chiama.

31     »     È calma nella giornata: alla sera un po' inquieta, insiste per avere il marito di cui sente la voce.

15 Giugno. Calma e laboriosa. Desidera di essere dimessa.

18 Giugno. Esce guarita.

Dopo cinque anni è riammessa per la seconda volta (23 Maggio - 16 Agosto 1893). L' invasione è stata improvvisa. Non dorme, è allegra, spensierata, litigiosa.

È riammessa la terza volta il 12 Agosto 1896. Ha cominciato con insonnia, cefalea, cinque giorni prima: poi s'è fatta agitata, loquace, girovaga, litigiosa, minacciosa.

Presenta un accesso maniaco tipico interrotto da lievi momenti di calma.

Il 30 Settembre 1896 è dimessa guarita.

Il 14 Settembre 1897 torna maniaca. È allegra, logorroica, agitatissima. L' accesso dura due mesi.

Il 16 Gennaio 1898 esce guarita.

Il 24 Settembre 1898 torna maniaca ed esce guarita il 24 Novembre.

È riammessa il 28 Dicembre dello stesso anno. Pare che abbia cominciato con loquacità e agitazione, ma qui si presenta in uno stato di profonda depressione: è smarrita, spaventata, affannata; dice che deve andare al taglio della testa, che a casa girovagava sempre perchè sentiva di non potere star ferma, che degli uomini vestiti di nero dicevan male di lei. Poi qualche momento dopo manifesta un po' di coscienza della malattia e dice che non sa come le sia venuta l' idea di essere dannata, d' andare alla morte. Poi s' accusa d' essere una cattiva madre. Ripete affannata: basta che non mi mandino alla morte. Si rannicchia sotto le lenzuola, poi salta giù dal letto, essa dice per sottrarsi alla morte. In pochi giorni l' inferma riprende lo stato normale. Da un anno e mezzo sta bene.

### Osservazione V.

Far.... Maria di Codigoro ora ha 35 anni. Una zia paterna era debole di mente. Questa donna è stata ricoverata nel manicomio di Ferrara nel Dicembre 1899 per la terza volta. Riproduco le notizie che trovo degli accessi precedenti.

La prima volta 2 Luglio 1878 - 2 Giugno 1879 - durata totale 11 mesi) « aveva trent'anni e dava il latte da tre mesi al suo terzo figlio. La malattia cominciò con melanconia prolungata per diverso tempo, insonnio, poi cominciò un delirio accompagnato da grida e smanie e agitazione motoria.

1 Luglio — molto agitata, sitofoba.

24 Luglio — accetta il cibo, sempre confusa e agitata.

15 Agosto — ora è malinconica.

Febbraio 1879 — parla pochissimo.

Marzo — piange facilmente.

Maggio — ancora melancolica.

Giugno — esce guarita. Fu posta la diagnosi di: lipemania.

Sono passati diciassette anni, quando la donna in età di 47 anni torna al manicomio per la seconda volta (17 Settembre 1896 - 24 Febbraio 1897). In quello spazio di tempo la donna ha avuto altri tre parti, e tutti gli anni, d'estate, soffriva di crisi cerebrali (?) che duravano quattro o cinque settimane. Ciò non le impediva di impiegarsi in opere faticose di campagna. Nel giugno (1896), dopo tre o quattro anni di sospensione delle mestruazioni, ebbe una metrorragia abbondante che la debilitò molto; in seguito alla quale comparvero i primi sintomi della malattia: è in continuo vaniloquio, non dorme, inveisce contro i famigliari; però non rifiuta mai il cibo. Con questi sintomi la malattia si è trascinata fino al Settembre, quando la famiglia avendo inutilmente aspettato un miglioramento, la ricovera nel manicomio. Qui presenta il quadro della mania: è agitatissima fino a Novembre. Poi si mostra smarrita, non parla che raramente per dire poche sillabe sottovoce; gira per le stanze. Non è sudicia e mangia molto.

In Gennaio migliora, ma è sempre smarrita, taciturna, confusa e non lavora. In Febbraio (1897) è dimessa migliorata, per volontà dei parenti.

Il 20 Dicembre 1899 è ricondotta nel manicomio. Da cinque giorni è ricaduta. Al momento dell'ammissione è in uno stato di muta agitazione: ma subito passa allo stato, che anche al presente (Maggio 1900) si mantiene inalterato, ed è di arresto psicomotorio. Non profferisce parola, o solo con domande energiche si ottiene di farle dire il suo nome: solo trascinandola o sospingendola muove lentamente qualche passo; lasciata a sè, resta in piedi, immobile, in mezzo al cortile o alla sala. Solo il capo è mosso per una continua distraibilità. La faccia è atteggiata di dolore.

## Osservazione VI

Luigia Co... in età di 42 anni, è stata condotta nel manicomio per la terza volta. Ebbe genitori sani e longevi, solo una sorella soffrì di convulsioni isteriche. Essa aveva intelligenza aperta, carattere ilare, sana costituzione fisica.

La prima volta che fu al manicomio (11 Ottobre 1874 - 6 Febbraio 1875) aveva 17 anni. Venti giorni prima cominciò ad accusare tintinnio agli orecchi, peso al capo e prese aspetto triste ed istupidito. Anche le pareva vedere fantasmi terrifici.

Si presenta come stuporosa: a qualche domanda risponde sottovoce. Tale è descritta fino a dicembre: poi lentamente si fa più sciolta e nel successivo Febbraio è dimessa guarita. Fu posta la diagnosi di « lipemia con stupore ».

Dopo cinque anni, durante i quali ha goduto una perfetta salute, è ricondotta al manicomio per la seconda volta (8 Ottobre 1880 - 16 Marzo 1881). Sei giorni prima era stata improvvisamente presa dalla malattia così descritta: « orgasmo generale, rossore alla faccia, occhi come di fuoco; forza erculeale per cui quattro uomini stentano a tenerla in letto, grida, smania, tenta di gettarsi dalla finestra, rifiuta il cibo. Si presenta con grave agitazione motoria, ma non parla. Sette giorni appresso è quieta e confusa: tale si mantiene in Novembre e Dicembre. In Gennaio è guarita completamente. La diagnosi scritta nella tabella è « mania con furore ».

Venti anni dopo è ricoverata per la terza volta (22 Febbraio 1900).

In questo periodo di tempo ha preso marito, ha avuto cinque gravidanze con parti e puerperi felici: allattò e non ebbe disturbi.

Sulla fine dell'anno passato dopo la morte d'un suo bambino si fece mesta e taciturna. Quattro giorni prima fosse portata qui, improvvisamente ruppe in escandescenze, in invettive contro le persone. Invasa da una grande agitazione motoria, tentò di gettarsi a capo fitto contro le pareti e di strozzare una sua bambina.

Al momento dell'ammissione la donna è già rientrata in sé: è un po' depressa. Continuando il miglioramento, dopo due settimane è dimessa guarita.

### Osservazione VII

Maria Mazz. ora ha 40 anni. La madre è stata al manicomio ed è morta in carcere.

La Maria fu al manicomio la prima volta nel 1880: la storia d'allora racconta che essa, stata sempre sana di corpo e di mente, ammalò in seguito a un dispiacere amoroso, dapprima con insonnio, inquietudine, tendenza a percuotere e a fuggire; poi s'è messa in un ostinato silenzio stando continuamente a letto e rifiutando di cibarsi. Lo stato morboso durò qualche mese lasciandola guarita. Fu diagnosticata « Pellagra ».

Dopo 15 anni di benessere la donna è tornata al manicomio (1896), in uno stato di agitazione maniaca grave che durò 8 mesi e finì lasciandola con tutte le apparenze della guarigione.

Dopo 14 mesi (5 Ottobre 1898) è stata riammessa nello stato in cui si trovava tuttora. È in completo arresto psicomotorio. Sta costantemente seduta

senza fare o dir nulla. Domandata come sta, risponde a voce afona « non c'è male ». La faccia ha un'espressione melancolica coll'omega di Schütle e gli occhi piegati a terra. Si muove solo per andare a tavola e a passi piccioli con una straordinaria lentezza.

### Osservazione VIII

Emilia Maz. di anni 50.

Entra nel manicomio il 20 Maggio 1899. Ha la faccia malinconica: con risposte che vengono tarde e lente, solo a strapparglielo di bocca con insistenti interrogazioni, dà qualche notizia esatta di sè. Ha coscienza di essere malata e racconta (vero che *trentacinque anni fa* (aveva allora 15 anni) soffersse di una malattia quasi identica all'attuale. Segue una settimana nella quale il rallentamento psicomotorio s'intensifica fino all'arresto. Bisbiglia solo qualche risposta o accenna sì e no col capo: più spesso non risponde affatto. Anche invitata a compiere qualche movimento, a metter fuori la lingua non obbedisce e solo con estrema lentezza. Questo stato con varia intensità persiste fino alla fine di giugno. Qualche volta la donna esprime piangendo qualche idea delirante di dannazione. Il passaggio alla guarigione avviene rapidamente in pochi giorni.

Questa donna lavoratrice di campi è stata sempre intelligente e sana, fuor della malattia identica all'attuale sofferta nel quindicesimo anno di età. La malattia attuale è cominciata nel marzo di quest'anno con insonnio, rallentamento dell'attività consueta, tendenza a rompere suppellettili, trascuratezza del cibo, tendenza al suicidio.

12 Maggio 1900. È riammessa in stato di depressione agitata. Dice che qualche giorno fa si sentiva invasa da una straordinaria allegria.

O io m'inganno, o per queste osservazioni spicca la necessità del concetto della frenosi maniaco-depressiva per l'assetto clinico del materiale d'osservazione.

Che cosa potrebbe contrastare al concetto dell'unità della forma maniaco-depressiva? Le distanze di tempo, diverse nei diversi casi, le quali separano un accesso dall'altro? Ma la patologia c'insegna lo stesso dell'epilessia e dell'emicrania: ci sono epilettici che hanno diversi accessi tutti i giorni, altri ne hanno uno all'anno o in diversi anni, e nel frattempo combattono in guerra, amministrano uno stato o compiono un'opera geniale; ci sono di quelli, disgraziatamente rari, nei quali si può contare un accesso solo nella vita (Kraepelin), ci sono altri che ne soffrono pro-

prio periodicamente. Oppenheim (1) racconta di un caso di emicrania nel quale, diversamente dal solito degli emicranici, il male tacque dodici anni. Ora nessuno ha mai, che io sappia, pensato a spezzare l'unità nosologica, fondata su basi cliniche, dell'epilessia genuina e dell'emicrania, solamente per considerazione delle differenti tregue che il male concede agli individui. Se riusciremo a trovare le ragioni della benignità o della malignità di questi processi morbosi, se troveremo i criteri clinici che permettano fin da principio di presagirli benigni o maligni, sarà tanto di guadagnato per la nostra scienza e per la nostra pratica, alla quale sarà allora possibile anche una prognosi speciale: per ora noi dobbiamo credere così all'unità dell'epilessia genuina come dell'emicrania. E della frenosi maniaco-depressiva, aggiunge Kraepelin.

Si potrebbe contro questo concetto far valere la dottrina che Del Greco ha ripetuta all'ultimo congresso di Napoli (2) « che le anomalie dell'individualità, rivelate a noi dallo studio delle degenerazioni e psicopatie, si svolgono sulla base di differenze specifiche che ritrovansi nella individualità normale (*il maniaco degenerazione dell'individuo a temperamento sanguigno, il lipemaniaco di quello a temperamento nervoso ecc.*) »? Se io ho ben compreso il pensiero dell'alienista di Nocera, io non so neppure come egli possa difenderlo di faccia al fatto volgare della frenosi circolare, in cui dalla sera alla mattina si passa dalla depressione alla mania. Capisco che si può trovar subito la spiegazione: la mania si è svolta sulla base di tuttociò che c'è di *sanguigno* nella costituzione del temperamento, e la lipemania sulla base di ciò che ha di *nervoso* il carattere del temperamento stesso: ma nessuno sarebbe ardito di accumulare cosiffatte teoriche di cui non è possibile dimostrare la corrispondenza alla realtà. Anche il dottor Galdi (3) ha preso di recente in esame il concetto della frenosi maniaco-depressiva, ma egli avanza (in verità con molto circospezione) una conclusione che non pare accettabile. Egli dice: « A me sembra che la forma maniaco-depressiva del Kraepelin anzichè un tipo clinico nosologico, sia un fatto di semiologia, un

---

(1) Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1894, p. 721.

(2) *Annali di Neurologia* 1899 p. 372.

(3) Dott. Raffaele Galdi. Sulla frenosi maniaco-depressiva del Kraepelin p. 11. Nocera Inferiore 1900.



fatto di fisiopatologia nervosa generale; ed infatti si osserva spessissimo in molte psicopatie e stati psicopatici il manifestarsi isolato, il succedersi di queste reazioni fondamentali di estrinsecazioni nervose (esagerato sviluppo-eccitamento, arresto-depressione) »; e cita un caso con alternative di eccitamento e depressione, che a me sembra demenza paranoide, o piuttosto uno di quei casi-limite tra demenza paranoide e frenosi maniaco-depressiva, sui quali Finzi ed io abbiamo insistito nella nostra contribuzione alla dottrina della demenza precoce.

Che nella unità della Frenosi maniaco-depressiva sia possibile distinguere in avvenire delle sottoforme o dei gruppi, neppure Kraepelin lo contesta (1); sebbene egli ammetta che se ciò avverrà, i criteri di distinzione dovranno essere altri da quelli fatti valere fin qui. Del resto non succede questo per tutte le malattie che non sono state distinte « per lo seme », ma per la forma clinica? C'è una forma clinica più caratteristica della paralisi agitante? Eppure Leyden l'ha osservata nella metà destra del corpo per un tumore del talamo ottico di sinistra. Nessuno mette in dubbio l'entità clinica dell'emiplegia, ma tutti sanno che può rappresentare un avviamento verso la demenza paralitica. E della demenza paralitica non è già lecito dire che, se per la maggior parte dei casi è vero che essa ha per fondamento uno speciale ed unico processo di malattia, è anche vero che nella forma clinica della demenza con paralisi si includono casi che una anatomia patologica progredita insegnerà a distinguere? (2)

Ammettere che tuttocìò è possibile anche per la frenosi maniaco-depressiva non è concedere ch'essa sia, come vorrebbe Galdi, semplicemente un fatto di semiologia, un fatto di fisiopatologia nervosa generale. Per ammettere questo, bisognerebbe dimenticare lo speciale suo decorso che si svolge per accessi di cui la prognosi in generale è benigna e che non finisce di solito in demenza; bisognerebbe soprattutto dimenticare che frenosi maniaco-depressiva non vuol dire un eccitamento o una depressione qualunque, ma un eccitamento e una depressione con speciali caratteri, diversi da quelli che distinguono l'eccitamento e la depressione della demenza precoce, della paralisi, delle pazzie della senescen-

---

(1) *Psychiatrie* Bd. II. p. 359.

(2) *ib.* p. 289.

za ecc. L'aver messo in luce questi caratteri clinici differenziali, dicevo nell'articolo antecedente, è gloria di una piccola famiglia di osservatori che comincia con Kahlbaum e Brosius e fa capo ad Emil Kraepelin.

Vediamo più da vicino qualcuno di questi caratteri differenziali, sia pure che lo sforzo dell'analisi, per usare il linguaggio magnifico d'Ippolito Taine, rappresenti imperfettamente e meschinamente e mutili l'oggetto, e l'idea successiva, disarticolata in piccoli pezzi allineati ed inerti, rassomigli poco alla cosa simultanea, organizzata, vivente, incessantemente in azione e trasformantesi.

Il maniaco-depressivo e il demente precoce in eccitamento versano fuori flotti di parole, ma il fenomeno è assolutamente diverso nei due casi. La parlata che segue è d'una maniaca-depressiva (il caso dell'osservazione I.<sup>a</sup>):

*« volete aver giudizio voi altri? chi comanda a Ferrara? è rotto lì quel cappello! che cos'è che scrivi? scrivi che le tue belle servacce matte picchiano alla Manderioli! schifoso! schifoso! (ride) e la fede di nascita ce l'avete voi altri? più forarle quelle donne che diventano più matte! dice che va via lei, è vero? ma noi siamo proprio matti! ho paura... ecc.*

La seguente è di un demente precoce che, dopo un breve periodo iniziale di apparente depressione con idee stravaganti di persecuzione, è passato ad uno stadio di eccitamento goffo che si mantiene da ormai due anni (l'ammalato è perfettamente orientato nell'ambiente e nel tempo, legge e fa di conti benissimo):

*« quello è pane che va all'inferno Carlo Pedrazzi un cane e un gatto.... venga a vedere l'urina che metto alla bocca di mia madre con due pidocchi intorno al fisico.... perchè sta lì di non potermi seppellire Carlo Pedrazzi Vedrani Alberto Luigi vici direttore Lambranzi Roggiero Pedrazzi Carlo che ha la fronte più bassa d'un cane e d'un gatto.... lo disse lei la sua rescica che ha tra le gambe.... eh povera madre un cane e un gatto.... non si leva su quel selciato ma chi ha lei Vedrani Alberto Capelletti ricedirettore mia sorella non hanno nemmeno la ganascia.... mia madre di questi (picchiandosi nei denti) non ne ha neanche uno il cane e il gatto ecc. (cane e gatto, civetta e pap-*

pagallo ed altre simili frasi ricorrono continuamente in mezzo al discorso che è accompagnato da atti stravaganti).

Mentre nel primo caso il pensiero salta di palo in frasca, ma le singole proposizioni hanno un significato (Venturi in un pregevole studio sui discorsi degli alienati (1) evoca molto opportunamente a questo proposito una terzina dantesca :

• che sempre l' uomo in cui pensier rampolla  
sovra pensier, da sè dilunga il segno  
sì che la foga l' un dell' altro insolla • )

nel secondo caso invece è rotta ogni legge di associazione interna ed esterna, e si ha una stravagante confusione verbale, il fenomeno da Forel chiamato *insalata di parole*, da Kraepelin *Zerfahrenheit* (2).

Questo fenomeno, proprio della demenza precoce, è così caratteristico che bene si può pensare con Kraepelin (3), e in conformità con quello che sappiamo dell'asimbolia, della sordità verbale, della parafasia e paraprassia, ch'esso possa avere una localizzazione corticale. Gli ammalati, che in genere sono bene orientati, hanno buona memoria e sanno bene far di conti, parlano difilato e speditamente; ma nei loro discorsi solo alcune proposizioni sono comprensibili e assennate, specialmente in forma di esclamazione o come risposta a una domanda energica: del resto nel discorso continuato, il parlare è completamente insensato e stravagante. La struttura della proposizione può essere passabile; ma vi si trovano anacoluti, pleonasmi, cifre incastrate tra parola e parola, enumerazioni, un ribattere continuo di certe parole o catene di parole: qua e là la parlata tende al ritmo e si sfoga in versi incomprensibili, o dà in neologismi che non hanno un significato nella coscienza dell'infermo, ma sono coniatì lì per lì nella foga dell'improvvisazione. Anche le parole preferite e ripetute non hanno evidentemente un significato, ma sono inserite a mò d' un intercalare.

A questa confusione verbale il demente precoce arriva anche in eccitamento mediocre; a questa il maniaco si può dire che non arriva mai neppure nel parossismo dell'agitazione. La logor-

---

(1) *Il Manicomio moderno*, 1893 p. 281.

(2) *Archiv. f. Psych.* Bd XXVI. p. 595 e *Psychiatrie*, Bd I p. 155.

(3) *Psychiatrie*, Bd I p. 21.

rea del maniaco è immediatamente determinata dalla mancata fissazione dell'idea-fine, che mantiene l'unità nell'andamento del pensiero normale coll'arrestare e sopprimere la folla delle idee accessorie emergenti. Queste non più infrenate dall'idea-fine o idea principale o idea-madre trovano facilmente la via espressiva negli organi della parola, i quali, per lo più contemporaneamente agli altri territori muscolari, si trovano straordinariamente pronti e sciolti al moto. Si tratta qui di una morbosa scorrevolezza e fugacità d'idee, come insegna la scuola di Heidelberg la quale da parecchi anni (1) combatte, con poca fortuna pare, l'idea volgare che i maniaci siano eccessivamente ricchi di pensiero; che ad esprimere tanta ricchezza non bastino, sopraffatti, gli organi del linguaggio. A parte le dimostrazioni psicofisiche, basta l'osservazione diretta a constatare che « i maniaci non sono niente affatto ricchi d'idee, ma sono solo ricchi di parole e si ripetono spesso con grande monotonia ».

Poichè adunque nessuna idea riesce a fissarsi e a segnare la direzione al pensiero, la direzione del pensiero è continuamente spostata per tutti gli stimoli esterni e da tutte le idee che si presentano; finchè, col prevalere delle immagini verbali motorie, le associazioni interne o di concetto si fanno sempre più rare, e si viene al prevalere delle associazioni esterne e di quelle attirate per pura assonanza. Le designazioni di logorrea interna e logorrea esterna, che Kraepelin propone, significano gradi diversi dello stesso disordine.

Il quale trova la sua migliore condizione, e forse è tutt'uno, coll'elevarsi della eccitabilità motoria. Aschaffenburg (2) ha accumulato prove che il presentarsi di rime e di parole consonanti, come delle altre associazioni essenzialmente verbali, in luogo delle associazioni di concetto, è un sintoma parziale della generale facilitazione delle reazioni motorie. Questo forse non si può sempre dire; perchè i movimenti del linguaggio mostrano una relativa indipendenza funzionale dagli altri campi di moto. Logorrea con arresto nel rimanente del corpo, mutacismo con agitazione non sono osservazioni rare. Qui abbiamo eccitamento ed

---

(1) Aschaffenburg in *Archiv. f. Psych.* Bd XXVI p. 597, Kraepelin *Psychiatrie*, passim Bd I p. 152 Bd II p. 369.

(2) *Psychologische Arbeiten*. Bd. II, p. 57 e seg.

arresto nella sfera psicomotoria d'una stessa persona: uno stato misto in una stessa sfera sintomatica (1). L'eccitamento motorio può dunque localizzarsi nella circonvoluzione di Broca. « Se la proposizione (scrive Stork di Breslau) che le pure associazioni per assonanza sono un sintoma motorio è in sè degna di nota, si deve d'altra parte ammettere ch'essa non è (sempre) un sintoma parziale di una generale esagerazione della motilità. Le singole aree motorie della corteccia possiedono una larga indipendenza funzionale; ed una esagerazione funzionale della circonvoluzione di Broca può essere collegata con una afunzione del rimanente della corteccia motoria » (2).

Insieme a condizioni analoghe di eccitabilità motoria la logorrea si presenta in altri processi morbosi: nelle psicosi da esaurimento, nella pazzia infettiva, nell'avvelenamento alcoolico, nella Paralisi; ma in questi il sintomo va insieme con altre manifestazioni morbose, che mancano nella frenosi maniaco-depressiva.

Un sintoma invece che, fino a dimostrazione del contrario, ritengo patognomonico della frenosi maniaco-depressiva è il rallentamento psicomotorio. Il caso seguente valga dapprima a mostrarcene la straordinaria importanza.

L'undici Ottobre 1898 ci fu inviata dall'ospedale di . . . . . l'ammalata Rosa Tum... di anni 53, giornaliera, con queste povere notizie dettate da un medico: « l'inferma fu inviata qui il 7 corrente con diagnosi di isterismo convulsivo. Ben presto però si vide trattarsi di una vera mania in donna pellagrosa. L'ammalata si mantiene nel più assoluto mutismo, rifiuta cibi e bevande e dev'essere tenuta obbligata strettamente a letto ».

Da una figlia noi potemmo raccogliere queste altre notizie. Era stata sempre una donna sana, disinvolta, intelligente nel governo della famiglia. La malattia si era rivelata nella seconda metà del Settembre antecedente. La donna cominciò a manifestare preoccupazioni esagerate dell'avvenire della famiglia e idee di rovina. Accusava malessere e si diceva stregata. Metteva mano alla faccende di casa e non le compieva. Poi un giorno s'è mes-

---

(1) Weygandt Ueber di Mischzustände p. 12.

(2) *Zeitschrift f. Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane* Bd 22: H. 1. p. 74.

sa a cantare e ballare, poi fece passaggio ad uno stato di taciturnità e d'inerzia. Allora fu condotta all'ospedale del paese, e di là al manicomio.

Anche noi ci accorgemmo subito che le formole diagnostiche « isterismo e pellagra », pronunciate dai nostri colleghi, non erano giustificate. Fra parentesi, c'è grande facilità tra i medici a battezzare come isteriche le donne psicopatiche, senza che spesso del giudizio diagnostico si trovi altra ragione se non che tutte le donne hanno l'organo che dà il nome all'isterismo; come anche, nelle provincie flagellate dalla pellagra, a chiamare pellagrose le malattie mentali, quando si presentano in uomini (e non sono pochi) che hanno patita la fame o l'hanno empita colla polenta.

Noi avevamo ed abbiamo ancora, perchè dopo un anno e mezzo nulla è cambiato in lei, una donna in condizioni buone di nutrizione generale, silenziosa, quasi sempre immobile o moventesi con una straordinaria lentezza, e continuamente distratta a guardare cogli occhi spalancati chi entra e chi passa. Spontaneamente non parla mai: rarissime volte brontola qualche cosa tra sè: interrogata, guarda in faccia, non risponde, e subito si volta in giro distratta da tutti gli stimoli esterni. Quando l'interrogatorio frutta qualche cosa, non si ha mai più delle seguenti risposte:

D. *Come vi chiamate?* R. *Rosa Tum...* - altre volte - *mi chiamo niente.*

D. *Quanti anni avete?* R. *niente* - altre volte - *ne avrò due o tre* - oppure - *voglio andar via*; e subito si distrae a guardare per aria o intorno.

Alla minaccia d'una puntura di spillo ha delle vivaci reazioni di difesa. Del resto i suoi movimenti sono sempre lentissimi: per indurla a fare qualche passo bisogna trascinarla e sospingerla: lasciata a sè, si arresta immobile in mezzo alla sala. In principio si urinava addosso: ora non più. Nessuna traccia di sintomi organici.

Che cosa si poteva pensare di questa donna? Davanti a questo apparente annichilamento psichico, le abitudini mentali potrebbero facilmente suggerire a un alienista la parola *demenza*. Ma se a questa parola si dà il suo significato solito di malattia *inguaribile*, il pronunciarla in questo caso sarebbe come far andare il carro avanti ai buoi; perchè qui si tratta appunto di decidere, invocando l'esperienza clinica, se la donna guarirà o no. A chi avventu-

ra giudizi così per impressione capita qualche volta quello che Gambari (1) segnalava quaranta anni sono: « Ci sono individui che furono ritenuti dementi, i quali dopo molti anni rinsanirono, e con ammirazione di tutti tornarono in società. Questi casi, se non sono frequenti, sono almeno in qualche numero ». È vero che in questi casi ci si rimedia prontamente col dire che la demenza diagnosticata era una demenza *acuta*, ma il ripiego è peggiore del male; e nessun alienista, che abbia la coscienza della dignità della propria arte, può ancora acconciarsi a cotesti giochi banali di parole.

Quanto ai processi demenziali noti alla patologia mentale (demenza senile, paralitica, precoce) a nessuno d'essi si può pensare in questo caso. Del resto, se anche invece di avere avanti a noi una donna di cinquantatrè anni, avessimo una giovane, noi non potremmo definire il suo stato presente come negativismo per tutte le ragioni esposte nell'articolo antecedente (reazione vivace alla puntura, nessun movimento rapido mai, interesse per l'ambiente); il suo stato presente si può invece definire: rallentamento psicomotorio, arresto del pensiero, distraibilità, umore indefinito che ha qualche volta espressioni di allegria. Noi quindi pensavamo o ad una malattia ancora ignota alla psichiatria, o a uno stato misto della frenosi maniaco-depressiva, e attendevamo luce dal tempo.

Il tempo ha cominciato a darcela; frugando negli archivi del manicomio abbiamo trovato a caso il seguente documento, il quale attesta che questa donna fu in questo manicomio, per lo spazio di quattro mesi, trentacinque anni sono:

T. Rosa, di anni 18, nata a Coccabile, nubile, bracciante.

Questa giovane, il cui nonno fu epilettico, è stata condotta al manicomio unitamente alla propria madre, pazza pur essa, il 1 Luglio 1865.

La Rosa è stata pazza anche due anni prima. La malattia attuale è cominciata nell'ultima settimana di Giugno (1865) con sragionamenti, tristezza d'animo e poi taciturnità irremovibile. Ricusa cibarsi e fa la statua.

1 Luglio. Domanda di sua madre ed aspetta sempre che le taglino gambe e braccia.

2 Luglio. Sta lì come una smarrita ad occhi aperti.

3. Sente quasi nulla la doccia e ed è impossibile farla mangiare.

22 Luglio. Pare che si svegli appena. Teme sempre che siano per reciderle gli arti.

---

(1) Rendiconto del Manicomio di Ferrara 1861 p. 180.

6 Agosto. Interrogata non risponde quasi mai.

24 Agosto. Non è possibile di scuoterla e d'indurla a far qualche cosa.

20 Settembre. Siamo al punto di due mesi fa: però si va rimettendo fisicamente.

24 Ottobre. Si è scossa: migliora sensibilmente: si presta a filare. I suoi occhi però serbano un notevole incanto. Si muove, ma le *sue mosse sono ancora troppo compassate e lente*.

26 Ottobre. Vede suo padre. Presenta una scena commovente. Si direbbe che lo aveva creduto morto; lo abbraccia e lo bacia con affetto. Ne riconosce a poco a poco tutte le robe: la giacca ch'ella aveva tessuta. Guarda tutto, oggetto per oggetto; e pare che riviva a un nuovo mondo. Ha mostrato questa giovane una forza d'affetto che non è comune, e che di rado si vede tra le pazze che rinsavite rivedono i loro cari.

13 Novembre. Esce guarita.

Il medico che la vide nel Luglio 1865 avrebbe potuto, in base al rallentamento psicomotorio, diagnosticare la frenosi maniaco-depressiva, fare una prognosi buona dell'accesso, ammettere la probabilità di altri accessi futuri in forma eguale o maniaca o mista; sicuro che l'avvenire gli avrebbe data ragione perchè il tempo è galantuomo e la psichiatria clinica, come la geometria e l'anatomia, non è un'opinione.

---

### **Sopra i così detti « compartimenti d'osservazione »**

del Dott. **Jacopo Finzi**

Da paese a paese le questioni pratiche assumono aspetti e trovano applicazioni molto più differenti di quello che non facciano le vedute teoriche; giacchè, mentre l'intelligenza vede ed accetta novità e vi si adatta più o meno facilmente, l'azione pratica presuppone una quantità immensa di fattori, che le diano un valore di fronte all'ambiente, che le permettano di affermarsi e di manifestarsi con fatti di ordine sociale.

Così se fra la psichiatria italiana e tedesca ci sono già delle differenze, fra le discipline manicomiali del nostro e di quel paese ci sono delle differenze molto maggiori. Tanto la legislazione come la tecnica dei manicomi trovano in paesi diversi elementi non solo che ne favoriscono o ne ostacolano lo sviluppo, ma che loro imprimono direzioni e caratteri particolari a seconda del li-



vello intellettuale e civile del popolo, delle condizioni economiche, politiche, ecc. Nell'attuale momento storico degli asili d'alienati il differenziamento nelle funzioni delle varie parti di un manicomio procede irregolare ed incerto: organi nuovi si sviluppano, talvolta esuberantemente, altri si atrofizzano, altri rimangono senza avere una funzione determinata, o disimpegnandone più d'una, ovvero qua e là funzioni ed organi rimangono allo stato diffuso, indifferenziato.

Da alcuni anni si parla molto in Italia sui comparti d'osservazione. Che cosa questi comparti siano, a che bisogni sopperiscano e come vi sopperiscano è difficile dire. Il fatto è che si considera il comparto d'osservazione come una parte essenziale di un manicomio; e in una pubblicazione ufficiale (1) si lamenta l'inconveniente di molti manicomî italiani privi del comparto d'osservazione.

Come dice il nome, tale comparto avrebbe la funzione di tenere insieme per qualche tempo i malati appena entrati, e quindi poco o punto conosciuti, per osservarli e studiarli fino a che si possa stabilire in quale padiglione del Manicomio debbano essere ricoverati, ovvero se debbano essere rinviati. In altre parole avrebbe la funzione dell'accettazione e della sorveglianza per un determinato tempo.

Il Parchappe per primo ampliando e applicando una idea del Gualandi (2), introdusse due comparti nuovi, annessi all'infermeria. « Nell'infermeria, dice egli, non ci possono stare certi epilettici, sudici, agitati; e per questi occorrerà un comparto speciale dell'infermeria, quando siano colpiti da malattie accidentali. D'altra parte l'utilità di una sorveglianza ininterrotta si estende con necessità ancor più imperiosa a quei malati che hanno tendenze immorali o al suicidio.... ciò suggerisce l'idea di mettere a profitto queste condizioni eccezionali.... » e di riunire insieme questo gruppo di alienati in un quartiere speciale, che si potrà chiamare « *comparto a sorveglianza continua* ». In un comparto di accettazione o « *di trattamento* » il Parchappe avrebbe vo-

---

(1) Assistenza e cura degli alienati. Ministero dell'Interno. Roma 1899. Pagina XIV della relazione.

(2) Parchappe. Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés. Paris, Masson 1853. Pag. 91.

luto mettere i malati di fresco arrivati e in cui si credeva possibile una cura e una guarigione (1).

Il Griesinger senza occuparsi direttamente del problema di questi speciali comparti, toccò la questione della loro necessità da un punto di vista più generale, mettendola in rapporto con la necessità delle cliniche psichiatriche, degli asili cittadini, dell'abolizione dei mezzi coercitivi e del lavoro dei pazzi (2). Attraverso le lucide ed esaurienti discussioni del Griesinger, l'idea del Parchappe poté trovare larghe applicazioni in Germania, dove parecchi alienisti si contendono la priorità delle « *Wachabteilungen* » (3). Giacchè le due istituzioni del Parchappe, il quartiere di sorveglianza e il quartiere d'accettazione si svilupparono nella pratica in modo e in tempi molto diversi. Quello che tosto si mostrò rispondere ad imperiosa necessità fu il comparto a sorveglianza continua. Nonostante che i primi tentativi in proposito appartengano allo Scholz (4), al Meyer (5) e al Köppe (6), la storia dei comparti di sorveglianza si raggruppa attorno ai nomi di Gudden (7) e di Paetz (8). Sulle funzioni e sulla tecnica di tali comparti questi autori sono in parte d'accordo, in parte discordi.

Tutti ammettono la perfetta inutilità di uno speciale comparto d'accettazione; tutti ammettono che nel comparto d'osservazione (*Wachabteilung*) si tengano i malati bisognosi di sorveglianza continua per ragioni psichiche e quindi abbia funzioni e tecnica affatto diverse dall'infermeria: il Gudden però vuole tale comparto costituito essenzialmente con camere da letto di varia capacità, il Paetz vuole vi abbiano grande sviluppo anche le sale di riunione. I risultati più importanti sulle condizioni e i bisogni di

---

(1) Op. cit. Pag. 84.

(2) *Archiv für Psychiatrie* I Bd. S. 10, 19, 36, e *passim*.

(3) Cfr. Paetz, Die Kolonisierung ecc. Berlin 1893. Pag. 76 e seg. Scholz, Ueber Wachabteilungen in Irrenanstalten. *Allgem. Zeitsch. f. Psychiatrie* 1889. XLV. 235; Dornblüth in *Allgem. Zeitsch. f. Psych.* XLV. 499.

(4) Scholz, op. cit.

(5) Meyer, Die provinzial Irrenanstalt Göttingen. Göttingen 1891.

(6) riferito in Paetz, op. cit. pag. 77.

(7) *Allgem. Zeitsch. f. Psych.* XLII. 454.

(8) *Allgem. Zeitsch. f. Psych.* XLIV. 424, e op. cit. Pag. 79-84.

questi comparti sono quelli riferiti dal Kraepelin (1) e dal Sioli (2). La sorveglianza continua è la funzione essenziale dei comparti d'osservazione (*Wachabteilungen*); quindi in tali comparti vanno ricoverati malati appena ammessi e non ancora conosciuti, i sitofobi, quelli che hanno tendenza al suicidio, quelli che per ragioni psichiche sono indicati alla clinoterapia, quelli sottoposti a cure speciali che richiedono continua sorveglianza, i morfinisti, i cocainisti, gli alcoolisti in certi stadi, e finalmente quelli sottoposti a ricerche scientifiche sperimentali e cliniche sistematiche. Di qui la necessità, sostenuta così dal Kraepelin, come dal Sioli, e come del resto accettata e messa in pratica dal Paetz ad Altscherbitz, di due comparti di osservazione (*Wachabteilungen*) per ogni Manicomio o Clinica: uno per malati tranquilli e uno per malati agitati. Così pure i due autori ammettono che, sebbene i vantaggi del trattamento a letto si rendano sempre più manifesti, non si debba identificare « *Wachabteilung* » con comparto clinoterapico e quindi alcuni malati del comparto debbano stare alzati e abbiano camere di riunione diurna. Nella clinica di Heidelberg il comparto di sorveglianza contiene da  $\frac{1}{4}$  a  $\frac{1}{3}$  dell'intera popolazione. Il Sioli dice che in un grande asilo il comparto di sorveglianza basta contenga dal 7 al 10 %, in un asilo cittadino dal 20 al 30 % della popolazione intera dell'asilo. Il personale di questi comparti secondo questi A. A. basta stia col numero dei malati nel rapporto di 1: 5.

Nella clinica di Halle il comparto di sorveglianza consiste in due sale comunicanti, con circa 12 letti ciascuna; nella clinica di Giessen ci sono due sezioni di sorveglianza: una grandissima « *Wachsaal* » per tranquilli con letti solo da un lato, e bagno, toletta, e watercloset nella sala stessa; in un altro edificio una serie di piccole camere con corridoio e annessi costituisce il comparto di sorveglianza per agitati (3). Si capisce che in una

---

(1) Kraepelin, Die Wachabteilung in der Heidelberger Irrenklinik. *Allgem. Zeitsch. f. Psych.* LI. 1.

(2) Sioli, Ueber Ueberwachungsabtheilungen. Mitteilung an der XXV Versammlung der südwestdeutschen Psychiatern in Karlsruhe. *Allgem. Zeitsch. f. Psych.* LI. 231.

(3) cfr. Dannemann. Die psychiatrische Klinik zu Giessen. Berlin 1899. Pag. 79, e piani a pag. 71 e 76.

Clinica, cioè in un Manicomio molto piccolo, il grande numero di ammissioni fresche, le cure e gli studi sui malati portino di conseguenza uno sviluppo proporzionatamente molto grande del comparto di sorveglianza e, in questo, della « *Bettbehandlung* ». Di più in una clinica, dovendo essa rappresentare gli ultimi portati anche della psichiatria pratica, l'alienista deve sforzarsi di eliminare nel modo più completo possibile quanto di carcerario, di violento, di inumano aveva ed ha ancora la vecchia tecnica manicomiale, e quindi deve, magari esagerando, cercar di abolire del tutto il così detto « comparto agitati e sudici » comparto contenente in gran parte malati che sono i prodotti di una male ordinata vita manicomiale, malati tutti di spettanza, in una clinica, al comparto d'osservazione o di sorveglianza. In realtà nei Manicomi, anche in quelli che posseggono un così detto comparto d'osservazione, molti malati bisognosi di sorveglianza continua per ragioni psichiche, i violenti, i clamorosi, quelli con tendenza al suicidio ecc. sono sparsi nella sezione agitati e nel comparto infermi.

Non è qui il momento di discutere sui vantaggi e sugli inconvenienti di una sezione speciale per alienati violenti e clamorosi: vogliamo solo constatare che il concetto di comparto d'osservazione è più spesso quello di comparto di accettazione, in Italia, di quello che un concetto praticamente più giustificato di « comparto di sorveglianza ». Ora, l'utilità di un comparto speciale di accettazione sarebbe difficile a dimostrarsi, dato il fatto che ben pochi sono i malati che realmente necessitano di una osservazione preliminare per poi poter essere mandati ad un comparto tranquilli o agitati. Anche senza tener conto dei recidivi, che rappresentano sempre una percentuale elevata delle ammissioni (dal 20 al 30 %), e che sono malati da potersi subito destinare ad un determinato padiglione, per la maggior parte degli altri l'osservazione preliminare sufficiente è brevissima e può essere fatta nei padiglioni di sorveglianza; e solo un numero di ammissioni enorme potrebbe giustificare un comparto speciale di accettazione. Di più questo comparto, necessariamente piccolo, metterebbe vicini, insieme, tutti i nuovi entrati, il tranquillo e l'agitato, il neurastenico e il clamoroso, il violento e il melanconico. Se si suddividono questi malati in due gruppi, tranquilli e agitati, in un modo simile a quello accennato nella clinica di Giessen, a meno di non dare al comparto la funzione di comparto

di sorveglianza, i soli neoammessi saran sempre troppo pochi per giustificare un comparto speciale per loro.

In altra maniera si potrebbe giustificare un comparto di accettazione e cioè nel senso voluto dalla legge toscana per gli alienati. Il malato entra ad es. nel Manicomio di Firenze con un documento della P. S. che ne autorizza solo il ricovero provvisorio; dopo due e tre settimane di osservazione, il medico domanda il decreto di ammissione definitiva o di dimissione. I primi giorni quindi, quelli appunto in generale passati dall'infermo nel comparto di osservazione, rappresentano un periodo di transizione, tutto particolare della cura e custodia del pazzo, e per questa funzione può sembrare giustificato uno speciale comparto di accettazione.

Col nome di comparto d'osservazione « *Beobachtungsabtheilung* » chiama il Paetz un piccolo padiglione dove egli tiene o malati nuovi o malati provenienti da comparti di sorveglianza e di isolamento, prima di destinarli alla colonia (1). È una piccola sezione tranquilli dove tutti lavorano; una sezione di passaggio e di preparazione alla vita più libera della colonia. Il malato non è sorvegliato, è soltanto osservato; denominazione e funzione corrispondono.

Nel differenziamento degli organi e delle funzioni manicomiali, tornano le grandi e semplici divisioni antiche di tranquilli e agitati sempre a ripresentarsi, ma frazionate e modificate così da non riconoscersi. In questa suddivisione è talvolta incerta la via da tenersi: ma gli errori si fanno perchè la suddivisione non è il risultato diretto dei bisogni sentiti, e riconosciuti come reali, ma precede l'esperienza e non si adatta a questa, e perchè l'organismo sociale non permette ancora una avanzata divisione del lavoro. È naturale che nel periodo attuale di sviluppo della psichiatria pratica, in cui idee nuove e esperienze vecchie tentano più o meno bene di associarsi, nei singoli comparti si vada a poco a poco fissando una funzione esclusiva, ma che oggi sia al massimo solo prevalente e mescolata ancora ad altre. È certo giustissimo che una gran parte dei malati recentemente ammessi si trovano in condizioni diverse da tutti gli altri, perchè hanno

---

(1) cfr. « Una visita al Manicomio di Alt Scherbitz » in questo Bollettino, 1899 N. 1 e 2.

bisogno di una sorveglianza particolarmente accurata: essi adunque, insieme con quelli che più si avvicinano a queste medesime condizioni, possono essere messi in un comparto speciale.

Questo il concetto del comparto di sorveglianza. E tanto è vero che tale concetto è quello che deve informare la funzione e la tecnica di questi comparti, che se ad essi vogliamo dare il significato di comparti di accettazione solamente, diventano comparti senza scopo e senza funzione: comparti dove si ammettono i malati freschi, e dove questi malati stanno fin che c'è posto, siano tranquilli o agitati, bisognosi o no di sorveglianza, atti o no al lavoro. In questo pericolo, di un organo inutile, si corre coi così detti comparti d'osservazione facienti parte di grandi asili.

Un comparto di osservazione faciente parte di un Manicomio si riduce a un comparto di sorveglianza per i malati appena entrati. Soltanto la durata della degenza non è regolata in generale che dall'affollamento, cioè dai posti disponibili: e se questi comparti son sempre troppo grandi come stazioni d'accettazione, sono sempre troppo piccoli per le funzioni della sorveglianza. Non solo, ma un tale comparto viene ad essere in ultima analisi quel comparto del Manicomio dove gli alienati passano in media supponiamo le prime due o tre settimane della loro degenza nell'asilo; e quindi esso contiene malati di mente di tutti i generi. In un tale comparto d'osservazione, faciente parte di un asilo, abbiamo già in piccole proporzioni un intero manicomio, giacchè una parte dei malati sarà sotto sorveglianza continua nel più stretto senso della parola, una parte sarà tranquilla o occupata in lavori domestici, una parte potrà essere occupata in lavori liberi quasi come faciente parte di una colonia.

Nello stesso tempo però le funzioni di comparto di sorveglianza sono, in un comune nostro manicomio, oltre che sostenute dal padiglione di osservazione, divise anche fra i padiglioni agitati, infermi, ed eventualmente semiagitati: così, che in ultima analisi noi troviamo degli organi e delle funzioni distinte nominalmente: in realtà troviamo uno smembramento dell'organismo manicomiale a cui non corrisponde punto una regolare divisione del lavoro funzionale.

Un'altra eventualità da prendersi in seria considerazione, perchè frequente ad avverarsi in Italia, è il fatto che uno di questi così detti comparti d'osservazione facienti parte di un

grande asilo, serva in pari tempo da clinica psichiatrica. Le funzioni, i bisogni, le condizioni di vita di una clinica psichiatrica sono così ben definiti e differenziati da quelli di qualsiasi altra istituzione ospitaliera e manicomiale, che salta subito agli occhi l'incompatibilità di carattere esistente fra di essa e un padiglione di Manicomio. La clinica psichiatrica ha tre fini ben determinati: l'insegnamento; le ricerche scientifiche, cliniche e sperimentali; i progressi della psichiatria pratica: deve contenere malati d'ogni genere e per un tempo illimitato, deve avere laboratori, deve servire di modello d'organizzazione manicomiale: ha da essere insomma un piccolo Manicomio.

Ora nè un comparto d'accettazione, nè un comparto di sorveglianza possono servire da clinica. In qualunque caso la clinica sia rappresentata da un comparto di un Manicomio, le sue funzioni vengono menomate: anche se si tratta di un comparto d'osservazione a funzioni ibride e incerte: nel quale ci sono bensì come abbiamo visto, malati di ogni genere; nel quale ci possono essere laboratori, ma che, appunto per il fatto di far parte di un grande asilo, sarà sempre troppo piccolo per i bisogni dell'insegnamento e non potrà di per sé servire di modello d'organizzazione manicomiale.

Se adunque teoricamente il comparto d'osservazione, come lo intendiamo generalmente noi, corrisponde ad un concetto giusto come di una specie d'istituto intermedio fra Ospedale e Manicomio, nella realtà dei fatti esso è qualche cosa di molto diverso.

Esso corrisponde in parte alle « *Wachabtheilungen* » e « *Ueberwachungsabtheilungen* » dei tedeschi, e al « *quartier d-surveillance continue* » del Parchappe, s'avvicina insieme al « *quartier de traitement et d'observation* » di questo autore, al riparto degli alienati in cura, alienati dubbi e convalescenti del Gualandì; ma sopra tutto si dovrebbe avvicinare alle « sale d'osservazione per alienati » esistenti in molti ospedali in città o paesi dove non c'è Manicomio. Da queste sale si distingue però un comune comparto d'osservazione faciente parte di un grande asilo d'alienati dal punto di vista del modo di ammissione e dimissione dei malati, per il circuito di accettazione (distanza da cui i malati arrivano) e per la durata della degenza.

Nell'ospedale di S. Maria Nova a Firenze esiste una sala per alienati, detta « sala deliranti », nella quale vengono messi sol-

tanto, e sempre provvisoriamente, quelli fra i ricoverati nell'ospedale che danno segni di alienazione; solo eccezionalmente avviene che un individuo sia portato a S. M. Nova e messo subito in sala deliranti, dove non sarebbe in ogni caso tenuto che brevissimo tempo. Così pure eccezionalmente avviene che un delirante rimanga in quella sala più di due o tre giorni. In ogni modo resta il fatto che alienati vi fanno talvolta una prima tappa, che è possibile che un delirio febbrile, o un delirium tremens, o un episodio epilettico compia tutto il suo decorso in questa sala d'ospedale, dove si entra con le formalità dell'ospedale comune, l'Amministrazione dipende dal Municipio, e le dimissioni si fanno come per comuni malati.

Nell'ospedale civico di S. Giovanni e Paolo a Venezia esiste invece una « sala di osservazione per alienati » nel senso classico, in Italia, della parola. Essa contiene, quand'è piena, 130 malati fra maschi e femmine. Questi vi sono ammessi con un semplice certificato medico; talvolta occorre la testimonianza di terze persone facienti fede della pericolosità del malato. Tutti i pazzi della Provincia di Venezia devono passare per il comparto d'osservazione prima di essere, in seguito a giudizio di pazzia, fatto dall'alienista direttore del comparto stesso, trasferiti ad un Manicomio. Il comparto dipende amministrativamente dal Consiglio ospitaliero che è autonomo. La retta degli alienati, che come tali vengono dichiarati dal primario alienista insieme col primario medico e col medico ispettore, viene poi assunta, come di legge, dalla Provincia. I malati restano nel comparto in media da uno a due mesi. Il giudizio psichiatrico vien dato ordinariamente entro trenta giorni. Il comparto d'osservazione è organizzato a grandi dormitori, ai quali sono annesse celle d'isolamento e stanze isolate per tranquilli e dozzinanti, cortili di svago e refettori. In altre parole la disposizione interna è perfettamente identica a quella di sale d'ospedale comune. Il lavoro vi è poco curato, specialmente fra gli uomini: le donne invece, che sono tranquille e ordinate, son tutte occupate per parecchie ore del giorno con lavori femminili nella stessa sala che serve da refettorio. Per il lavoro degli uomini mancherebbero in ogni caso gli appositi locali. A questo genere di comparto, a questa sala che può considerarsi come il germe dell'asilo cittadino, conviene, meglio che a qua-



lunque altra nostra istituzione manicomiale, il nome di comparto di osservazione.

Altre forme intermedie di istituti manicomiali, che si avvicinano alle sale di osservazione e agli asili provvisori si trovano ad es. nella Provincia di Udine. Quivi i pazzi sono accolti in un apposito riparto presso l'ospedale civile di Udine, donde, dopo opportuna osservazione, vengono inviati a Ribis, Sacile, Pordecone, S. Daniele, Gemona e Sottoselva. Tutti questi sono piccoli manicomî annessi ai varî ospedali distrettuali, dipendenti dalle singole amministrazioni, a cui la provincia paga una determinata retta. Finalmente un certo numero di alienati vengono da questi piccoli manicomî mandati ai grandi Asili interprovinciali di S. Clemente e S. Servilio in Venezia.

I pellagrosari servono pure qua e là come comparti di osservazione per alienati. Infatti non tutti questi istituti hanno conservato il tipo puro di quello di Inzago. A Crespano veneto, a Dolo, a Mogliano, a Valdobbiadene vanno pellagrosi non alienati, vanno pellagrosi alienati, vanno finalmente anche alienati non pellagrosi in osservazione, entro il circuito d'ammissione dell'Ospedale stesso, prima di essere mandati a S. Servilio o a S. Clemente.

Si capisce come in certe condizioni un Asilo per alcoolisti o per epilettici possa in parte funzionare come comparto di osservazione. Ma tutti questi casi speciali di istituti differenziati per la cura o custodia o educazione di alcuni gruppi determinati di alienati meriteranno a suo tempo una trattazione particolare.

Se da un lato ragioni economiche potenti, anche indipendentemente dal lavoro dei pazzi, inducono a costruire manicomî molto grandi, dall'altra le esigenze crescenti della società e la divisione del lavoro inducono a costruirli anche molto numerosi e nello stesso tempo conducono a un frazionamento enorme dell'organismo manicomiale. Tutti questi fatti hanno come conseguenza che il grande asilo di alienati assume un carattere nuovo, che alcuni dei suoi comparti si staccano e hanno vita autonoma, mentre altri o un altro solo si sviluppa enormemente. L'asilo coloniale contiene ancora, necessariamente, i comparti di sorveglianza, di isolamento, ecc. come elementi bensì essenziali, ma non di primo ordine, nella stessa maniera che fra i molti istituti di una azienda municipale, esiste l'ospedale. Invece i grossi centri abitati vedono sorgere come prodotto delle necessità pratiche e giusti-

ficazione ai bisogni e manifestazione dei progressi delle istituzioni civili la serie sopra ricordata di asili intermedi fra comuni ospedali e manicomi.

Se il comparto d'osservazione fa parte di un grande manicomio, la sua tecnica non corrisponde affatto alle funzioni che il comparto dovrebbe avere nè ai bisogni reali a cui dovrebbe soddisfare.

In questo caso l'ammissione al comparto si può fare soltanto se c'è la modula informativa di un medico non addetto al manicomio, il documento della questura o del sindaco, ecc., cioè l'ammissione si fa non già al comparto d'osservazione, ma al manicomio, cioè si fa come se il comparto d'osservazione non esistesse. Così la dimissione si può fare direttamente dal comparto d'osservazione solo dopo avere richiesto e ottenuto il decreto dall'autorità giudiziaria, o eseguite le pratiche speciali alla Provincia. In altre parole la presenza del comparto d'osservazione non influisce minimamente sulla legislazione in genere e in particolare sull'ammissione e dimissione dei malati nel manicomio di cui il così detto comparto d'osservazione fa parte. Cosicché difficilmente si capisce a che cosa un tale comparto possa servire. Invece è facile dimostrare il fine pratico, l'utilità immensa di una istituzione indipendente, che, per gli alienati, massime in una città, unisca le funzioni di stazione di soccorso, asilo provvisorio, sala d'osservazione.

Chi è colpito da malore improvviso, o da trauma grave, o chi è colto in flagrante delitto è portato direttamente all'ospedale e alla prigione: così si possono dare casi, specie in una città, di assoluta e immediata necessità di ricovero in istituto adatto per un alienato di mente. I gravi danni a cui ogni ritardo di ammissione può in certi casi portare, e un riguardo all'opinione del pericolo in proposito debbono imporre l'esclusione di qualsiasi formalità. Si potranno attribuire al medico che riceve così senz'altro l'alienato tutte le possibili responsabilità relative, nella stessa maniera che si dovrebbero riferire alle Autorità comunali, provinciali, di P. S. ecc., tutte le possibili responsabilità nel caso che il ritardo dovuto a causa di formalità, abbia portato funeste conseguenze. Ma le possibili responsabilità del medico non si possono riferire che alla restrizione della libertà personale del malato. Ora ci può sempre esser modo, quando il malato è già ammesso, ed entro un termine di tempo anche

brevissimo, di dare avviso alle autorità competenti, in quei casi specialmente in cui l'ammissione avvenga contro la volontà del malato, o in cui il malato non sia compos sui e non si sappia nulla della sua dimora, famiglia ecc. Le stesse ragioni valgono pel caso in cui il malato si presenta da sè, dove l'ammissione è come avvenga per opera di un medico dell'asilo stesso.

Su questo argomento ci sarebbe molto da dire (1). Che un medico di manicomio non debba comparire come colui che giudica necessaria l'ammissione, è una disposizione che si può trovar giusta per i Manicomî privati, dove in generale le autorità tutorie e amministrative non possono esercitare quel controllo continuo, diretto, come in un manicomio comune. Nel caso poi di un istituto intermedio fra ospedale e manicomio, quale dovrebbe essere il comparto d'osservazione, questa disposizione sarebbe affatto ingiustificata. Essa non ha ragione di esistere dal momento che tale comparto non differisce dal punto di vista amministrativo e legislativo, da un ospedale comune. Ma v'ha di più. In un comparto d'osservazione, che si dovrà sempre trovare nell'interno o alla periferia di una città (condizione che è invece sfavorevolissima per un manicomio) si suppone ci si debba fare anche ambulatorio di malattie nervose e mentali. Ecco una istituzione di immensa utilità scientifica non meno che pratica, la quale dovrebbe coesistere a condizioni di ammissione e dimissione molto semplici. Spesse volte infatti succede che al malato si potrebbe realmente giovare con una cura personale anche di pochi giorni.

Esistono malati che negli ospedali comuni molto difficilmente vengono ricoverati (forme di neurastenia, isterismo ecc.) che a casa non possono venir curati nè custoditi a dovere, non assolutamente pericolosi e pei quali non solo non è necessario, ma forse sarebbe dannoso un comune ambiente manicomiale, e che d'altra parte possono migliorare, guarire, guarire perfettamente in una casa di salute opportunamente organizzata, come dovrebbe essere un comparto d'osservazione per malati nervosi e di mente. Non ci nasconderemo d'altra parte che nella pratica occorrono i così detti casi dubbi di pazzia; che talvolta avviene che dopo una o due settimane di reclusione in manicomio un individuo

---

(1) cfr. Fürstner, *Wie ist die Fürsorge für Gemüths Kranke zu fördern?* Berlin 1899. Pag. 9 e seg.

è dimesso per « non verificata pazzia »; che non ostante gli splendori della nostra così detta civiltà, sui pazzi e sui manicomî persistono ancora tali pregiudizî, che il fatto della reclusione, sia pure provvisoria e breve, può recar molto danno alla persona e alla famiglia della persona giudicata matta: per conseguenza queste eventualità della pratica debbono essere prese in considerazione nell'organizzazione dei varî istituti manicomiali; in altre parole questi casi spettano ai comparti d'osservazione indipendenti dai grandi Asili d'alienati. Lo stesso vale quando è necessario un periodo di osservazione per una perizia psichiatrica in cause civili.

Non solo il modo di ammissione o dimissione dei malati, i doveri di ospedalità, i limiti di durata della degenza, ma anche il circuito d'accettazione non risponde in genere nei nostri così detti comparti d'osservazione ai bisogni e alle funzioni a cui dovrebbero sopperire. Il trasporto di un « osservando » non è forse abbastanza giustificato se la distanza che lo separa dall'istituto è troppo forte. Un unico grande asilo è conveniente per una o più provincie, ma un unico comparto d'osservazione è ridicolo. Eppure questo è il caso, quando non ci sia altro comparto d'osservazione da quello in fuori faciente parte del grande asilo. Da qualunque parte si studi il problema del comparto d'osservazione nel senso press'a poco di un « premanicomio », questo si mostra sempre superfluo come comparto di asilo, eminentemente utile e civile come istituto ospitaliero indipendente, intermediario fra ospedale e manicomio.

In Germania si è avuto pure qua e là l'apparizione di un comparto, che ha una certa analogia, per l'indeterminatezza della funzione pratica, coi nostri così detti comparti d'osservazione di Manicomio; ed è la *Aufnahmestation* (stazione d'accettazione). Ma nel giro di pochi anni, pur essendo rimasta superstita presso qualcuno tale denominazione, essa si vede applicata ora a comparti, che di fatto sono delle vere e proprie *Wachabteilungen* nel senso di Gudden e Paetz, ora a una semplice sala di passaggio o bureau d'accettazione, ora a un manicomio cittadino (*Stadtasyl*).

Il manicomio cittadino, o asilo comunale per alienati, è la forma più perfetta che fino ad oggi abbia assunto nella pratica il comparto d'osservazione come istituto indipendente.

In Germania alcune città grandi pensano totalmente ai loro pazzi, altre solo in parte, e precisamente per i pazzi dichiarati acuti e guaribili, oppure vi provvedono per un tempo determinato, da 1 fino a 4 mesi (Magonza). Alcune città, come Halle e Strasburgo, usano le ivi esistenti cliniche psichiatriche come asili provvisori per alienati. Anche a Breslavia l'asilo cittadino e, fino a poco tempo fa, insieme clinica psichiatrica, contenente circa 200 malati, serve di stazione di passaggio per i pazzi della città e dei dintorni, prima che essi vengano mandati ad uno degli otto grandi manicomi della Slesia. A Breslavia c'è il minimo di formalità per l'ammissione: un infermo può essere ammesso anche senza nessun documento. Dell'ammissione si dà entro 24 ore avviso contemporaneamente alle autorità amministrative e alle autorità tutorie. Sebbene press'a poco, come dimostrò il Sioli con le sue statistiche, l'esistenza degli asili cittadini porti una diminuzione proporzionale impercettibile quasi sul numero totale dei pazzi inviati ai grandi asili d'alienati, è certo però che la funzione di questi ultimi viene, per il fatto dell'esistenza degli asili cittadini, singolarmente semplificata e alleggerita. In media il numero dei pazzi inviati ai grandi asili di campagna corrisponde alla metà del numero degli alienati ammessi negli asili cittadini. Gli altri (che non siano rapidamente morti) escono direttamente dall'asilo cittadino guariti o migliorati. Facile è dimostrare quanto gli asili cittadini influiscano nell'interesse dei servizi pubblici ma sopra tutto nell'interesse dei malati per il fatto delle ammissioni precoci tanto facilitate (1).

Un'altra funzione, importantissima, degli asili cittadini è quella di rendere accessibile al pubblico, e quindi popolare, la psichiatria pratica; di mettere a contatto tutte le classi di persone con cose e fatti fin qui giudicati al lume di pregiudizi ed errori grossolani. Quanto alla tecnica di questi istituti manicomiali limitati, chi se ne è occupato (Fürstner, Kraepelin, Ganser, Sioli, Lührmann) sostiene in essi la necessità di due e magari tre compartimenti a sorveglianza continua; l'utilità di uno speciale

---

(1) Sioli, Die Fürsorge für Geistesranke in den deutschen Grosstädten. - Lührmann, Ueber Stadtasylen. Comunicazioni al congresso di Bonn. (Settembre 1898) v. *Münchener medic. Wochenschrift*, 1898. N. 40, 41 e 42; e *Allgem. Zeitsch. f. Psychiatrie* Vol LV, fasc. 6.

personale per il servizio notturno; l'istituzione di un « servizio a domicilio » simile a quello istituito in certe cliniche ostetriche, ecc.

Come si vede, le condizioni tecniche e legislative di questi comparti d'osservazione, divenuti organismi indipendenti sotto forma di « asili comunali d'alienati », rispondono insieme anche ai requisiti essenziali di una clinica psichiatrica. Unica condizione propria ai manicomî cittadini e contraria ai bisogni di una clinica è la limitazione del periodo di degenza dei malati. I mezzi per ovviare a questo inconveniente possono essere però assai numerosi e diversi: noi ce ne occuperemo trattando in particolare dell'organizzazione delle cliniche psichiatriche.

Qui noi ci limitiamo ad uno studio generale sui comparti detti d'osservazione: i quali spesso si dimostrano non essere punto comparti d'osservazione, ma padiglioni dove ancora indistintamente esistono allo stato embrionale funzioni specifiche di futuri organi ed organismi manicomiali differenziati.

L'osservazione preventiva dei pazzi si presenta alla mente come una funzione ben distinta da tutte le altre e come un bisogno imperioso della civiltà, sia dal punto di vista scientifico, sia dal punto di vista economico ed umanitario. E l'esperienza dimostra giustificata l'importanza e l'indipendenza di una tale funzione. Ma nell'atto dell'applicazione pratica questo problema dell'osservazione dei pazzi si risolve nella diagnosi generica della pazzia e nella cura delle forme acute di breve durata: per conseguenza la sua unità di funzione sociale si mostra complicatissima e non è punto una unità dal punto di vista tecnico, scindendosi essa nelle numerose funzioni tecniche di un manicomio, nessuna esclusa, e solo con la prevalenza di alcune (accettazione, sorveglianza, studio clinico, ecc.) su altre (custodia e lavoro degli alienati ecc.).

Ecco perchè mal si comprende un comparto di osservazione, organo: mentre si comprende benissimo un comparto d'osservazione organismo. Le sue ragioni di essere sono molto superiori a quelle che giustificano un padiglione di manicomio: esse hanno molto maggiore analogia con le cause che hanno portato alla fondazione di istituti speciali per epilettici, alcoolisti, frenastenici, di cliniche psichiatriche e di manicomî giudiziari.

Le nostre considerazioni possono essere riassunte come segue:

1. Il comparto d'osservazione non ha ragione di essere se non come istituto indipendente.

2. In un manicomio le funzioni dell'accettazione, quelle dell'osservazione (quando è necessaria per malati freschi) e insieme quelle di sorveglianza si fondono facilmente dal punto di vista tecnico nelle *Wachabteilungen* o *Ueberwachungsabteilungen*, cioè comparti di sorveglianza di un manicomio. Tali comparti di sorveglianza hanno necessariamente il massimo sviluppo nelle cliniche, nei manicomi cittadini e negli istituti che noi chiamiamo sale, o comparti d'osservazione; minimo nei grandi asili d'alienati.

3. Se si fa comparto d'osservazione sinonimo di comparto di sorveglianza o se in genere esso fa parte di un asilo, le sue funzioni sono incompatibili con le funzioni di una clinica psichiatrica: se il comparto d'osservazione è invece un asilo cittadino o qualche cosa di simile, sul tipo della sala d'osservazione di Venezia, allora le due funzioni possono andare unite.

4. Il comparto d'osservazione propriamente detto rappresenta un prodotto di un incivilimento elevato e dovrebbe essere una funzione dei grossi comuni. Sia esso o no organizzato ad asilo cittadino o a clinica psichiatrica, avrà sempre come caratteristiche: a) grande facilità e semplicità di ammissioni e dimissioni; b) la cura prevalente sulla custodia; c) durata di degenza relativamente breve; d) circuito d'accettazione relativamente piccolo; e) ambulatorio, laboratori scientifici.

---

## **Manicomio Provinciale di Brescia diretto dal dott. G. Seppilli**

---

### **Della clinoterapia nelle malattie mentali**

*sin.* cura del letto. *Francese.* Sejour-repos au lit. *Alitement-Clinotherapie.*  
*Tedesco.* Bettbehandlung. *Inglese.* Rest in bed.

del dott. **Giuseppe Tonoli** Medico Aiuto

La cura del letto, in seguito a numerose quanto pregevoli monografie comparse in questi ultimi tempi, venne acquistando nel campo della terapia mentale e della tecnica manicomiale tant'importanza da diventare la questione del giorno.

Noi, pronti sempre ad accogliere con favore quanto è o si presume possa essere di vantaggio ai nostri malati, abbiám seguito con interesse i nuovi studii non trascurando di sperimentare tale compenso terapeutico nel nostro Istituto.

Davvero l'idea di conferire al Manicomio l'aspetto d'uno spedale ordinario, era seducente; d'altra parte la facilità con la quale tal sistema poteva esser introdotto in un Manicomio come il nostro moderno, ci offriva il modo di formarcene, indipendentemente da ogni prevenzione, un'idea chiara e precisa, conferendoci in pari tempo l'autorità necessaria a trattarne.

Richiamate alcune considerazioni nelle quali vogliónsi trovare le prime origini e la ragion d'essere del metodo clinoterapico, seguitone lo sviluppo attraverso la storia, accennato alla tecnica, contrapposti i vantaggi e i danni che ne derivano in ciascuna forma mentale, daremo infine i risultati delle nostre esperienze.

# 1

Anzitutto, il concetto della clinoterapia, è desso cosa nuova? I suoi fautori osservano come sia nozione elementare, antica quanto la medicina, che ai malati conviene il riposo in letto (*Manquat*); l'infermo deve cessare da ogni lavoro poichè la sofferenza esige il riposo; e l'azione riparatrice del letto è così nota da essere in tutta la patologia sottintesa quale prima base di cura (*Roehrich*): che se è vero che a dignità di malati i pazzi da poco tempo furono assunti, pure anche in addietro molte alienazioni mentali, e specialmente se accompagnate a disturbi somatici, furono in cotai modo curate.

Del resto il riposo in letto era in gran parte inevitabile prima che si abolissero i mezzi coercitivi, e presentemente lo è quasi tutte le volte che si procede all'isolamento.

Qui però ci sembra sia opportuna una distinzione fra il trattamento in letto temporaneo, parziale, inteso in senso lato, per certe psicosi, e il trattamento continuo, rigido, sistematico, quale si intende e si pratica oggidì. Un metodo che, stando fra i due, si avvicinerrebbe piuttosto al primo, sarebbe il sistema misto adottato in molti asili, specialmente di Francia.

Le origini adunque della clinoterapia applicata alle malattie mentali, se presa in senso lato, si fanno risalire a tempi abba-



stanza remoti, poichè sembra che Celio Aureliano sin dal quinto secolo la mettesse in opera con i dementi agitati.

Passando sotto silenzio le vergogne dell'età di mezzo e venendo a tempi migliori per la psichiatria ed a noi più vicini, per comune consenso si riconosce a Guislain (1852) il merito di aver fatto ricorso, innanzi ogni altro, al trattamento in letto negli stati di depressione psichica, d'inerzia, d'immobilità, e di averne rilevata l'efficacia; a Conolly (1854) di averla raccomandata negli stati maniaci e in tutte le forme di eccitamento, susseguito poi da Griesinger (1861) dal quale venne riconosciuta conveniente nella malinconia acuta, da Weir Mitchell (1878) e da Playfair (1882) che l'adottarono nella cura delle psico-neurosi isterica e neurastenica. Sèguin, Belle, Parchappe, Lemoine, Cullerre Chaslin ed altri vi portarono pure i loro contributi.

Se non che, ripetiamo, i singoli A. A. consigliavano la cura del letto in una ristretta categoria di frenosi, in uno piuttosto che in altro dei periodi d'una forma medesima: e se nel complesso quasi nessuna delle malattie mentali venne esclusa da tale trattamento, devesi notare che questo non era per i più nè sistematico nè continuo, nè costituiva per se solo la parte fondamentale della cura, poichè questa veniva confortata da altri sussidii non meno importanti. Sarebbe questo il primo di quei due periodi nei quali opportunamente Serieux e Farnarier hanno divisa la storia della clinoterapia: se però non fosse per comodità nell'esposizione, converrebbe per maggiore esattezza abbandonare il criterio cronologico adottato dagli A. A. per appigliarci ad un criterio topografico: chè in Francia, ad es. questo primo periodo si porterebbe sin quasi ai giorni nostri, laddove in Germania sin dal 1860 saremmo entrati nel secondo.

Il rappresentante migliore di questo primo periodo, o meglio, della vecchia scuola, sarebbe a ritenersi Weir-Mitchell, il quale per l'importanza annessa al riposo in letto, per averne fatto un metodo a sè assoluto, sebben limitato alla cura della sola neurastenia e dell'isterismo, per la precisione dei dettagli portata sino allo scrupolo, all'esagerazione, per le osservazioni e gli studi speciali da lui istituiti, lascia molto addietro tutti gli altri.

Ludwig-Meyer invece avrebbe iniziato il secondo periodo storico del metodo clinoterapico, introducendone per primo la pratica su larga scala nel manicomio di Amburgo dapprima (1860)

e in quello di Gottinga poi (1866) ed infine a Marburgo nel 1877: facendone nel tempo istesso argomento di varie pubblicazioni.

Subito dopo Brosius lo applicava nella casa di salute Bendorf (1862) e in seguito Snell l'adottava nel frenocomio di Hildesheim (1871), Eschemburg a Lubeca (1874), Paetz in Alt-Scherbitz (1879) e nel medesimo anno Wille in Basilea. Neisser lo pose in opera nel 1889 a Leubus.

Contemporaneamente o successivamente con singolare competenza se ne occuparono nelle loro memorie Rabow, Hergt, Scholtz, Flersheim, Schüle ecc.; Neisser infine, riferendone i risultati al decimo Congresso di scienze mediche tenuto nel 1890 in Berlino, creava, ad indicare il novello sistema, il termine *Bettbehandlung*, termine che in Germania gli è rimasto: proseguiva la sua campagna con altre memorie nel 1893-94 imitato da Hebold, Klinke, Kraepelin, Heilbronner e tanti e tanti altri.

In questi rapidi cenni ci siam limitati a far menzione degli Autori più noti, rimandando per gli altri alle ricchissime bibliografie che si trovano nei lavori del Roehrich, Pochon, Farnarier e Serieux ecc.

Saremmo così arrivati agli ultimi tempi, in cui la clinoterapia, vinte difficoltà d'ogni genere, superati confini politici e naturali, venne a diffondersi ovunque. Essa è introdotta in Svizzera da Rabow, allievo di Ludwig-Meyer; viene accolta in Russia nel manicomio Alessandro 3.<sup>o</sup> in Pietroburgo da Timofeieff, da Gofseieff nel manicomio provinciale di Ekaterinoslaw; è importata in Inghilterra per merito speciale di Batty-Tuke, negli Stati Uniti per Hurd, da ultimo passò in Austria, in Francia, ove pure diede luogo ad importanti lavori.

Quanto all'Italia, per quanto noi interrogassimo la letteratura medica, non ci venne fatto di trovare che qualche brevissimo cenno critico-bibliografico: nel mentre la cura del letto non vi è ignorata nè trascurata nella pratica manicomiale, pure nessuno se ne è occupato o in congressi o in memorie particolari.

Riguardo alla *tecnica* con la quale deve essere curato il trattamento clinoterapico, sebbene necessariamente essa debba variare nel dettaglio per le condizioni disperate in cui si trovano i diversi Manicomî, pure gli A. A. da noi consultati si trovano quasi

tutti d'accordo: alcuni di essi (Heilbronner, Bernstein ecc.) han portato i loro esperimenti in cliniche od in piccoli asili, le cui condizioni specialissime, di fronte ai grandi manicomî, tolgono alquanto valore alle loro affermazioni: è naturale che di queste noi terremo quel conto che si meritano.

Come il punto di partenza della pratica clinoterapica fu il quartiere d'osservazione, così noi vediamo oggi essere condizione - *sine qua non* - perchè tale sistema possa essere applicato, la esistenza o la istituzione di un quartiere speciale di vigilanza, organizzato in modo da costituire per sè solo un piccolo asilo: in esso debbono trovar luogo due o più sale ampie così dette di vigilanza continua (Wachsaal) nelle quali si apra direttamente un numero limitato (2-4) di camere d'isolamento: tali camere potranno però esserne un po' distanti e collegate per mezzo d'un corridoio chiaro e comodo: i servizi più importanti, il bagno, il gabinetto di decenza, i locali di soggiorno, dovranno pure trovarsi alla mano: nello stesso quartiere alcuni locali saran destinati agli alloggi per il personale inferiore, per un sorvegliante, e secondo taluno anche per il Medico (Gross, Heilbronner, Roehrich).

È preferibile che tutto ciò si trovi a piano terra, bene inteso a condizione che vaste cantine sottoposte ne rendano asciutti e salubri gli ambienti, i quali dovrebbero essere di una cubatura assai alta con ampie aperture, sistemi perfetti di ventilazione e di riscaldamento, in modo che la temperatura possa mantenersi costante così d'estate come d'inverno, e ad un grado tale che gli ammalati, anche scoprendosi, non sieno esposti ai raffreddamenti.

Si consiglia ancora che la sala di vigilanza si apra, per mezzo d'una veranda, sul giardino, sì che i malati a seconda del caso possano venire trasportati con i loro letti, senza essere affatto disturbati, a godere della luce e del sole in giardino o sotto la veranda (Serieux, Farnarier, Gross).

Le sale di sorveglianza continua dovranno essere almeno due (Roehrich, Gross, Serieux, Farnarier), una delle quali sarà assegnata ai soggetti turbolenti, una terza sala non sarebbe inutile nella sezione femminile per le inferme esteriormente tranquille ed ordinate (Heilbronner).

Ciascuna sala di vigilanza deve assumere l'aspetto d'una sala spedaliera ed essere messa con la massima proprietà e semplicità: taluno la vorrebbe rallegrata da fiori ed altri ornamenti; in un

asilo di Pensilvania si giunse perfino a collocare dei tappeti in terra per ammorzare il passo del personale.

I letti vogliono essere collocati a distanza tale gli uni dagli altri che i malati non possano venire a contatto fra loro che scendendone; saran piuttosto duri e bassi onde scemare i danni di una possibile caduta e allo scopo di potervi più facilmente mantenere, al bisogno, i malati ribelli: a tale uopo da parecchi (Roehrich, Farnarier, Serieux) si consiglia un letto speciale con il materazzo poggiante sul pavimento, ed a pareti alte almeno un metro; un ritorno agli antichi e deplorati cassoni, che noi non possiamo affatto approvare.

Alcuni letti saran resi mobili onde poterli spingere, come si disse, sotto la veranda o nel giardino: potranno esser costrutti in modo da rialzarne, occorrendo, la parte ove riposa la testa, per l'ora dei pasti o per malati cardiaci, dispnoici od altro.

Le coperte sieno abbondanti, senza groppi o pieghe, e il letto venga rifatto almeno due volte al giorno.

Con semplici paraventi si provvederà all'isolamento ottico temporaneo.

In dette sale la sorveglianza sarà rigorosissima: l'infermiere di guardia non dovrà mai abbandonarla senza essere stato sostituito e deve aver sottomano altro personale che l'aiuti all'occorrenza.

Il personale, vista la delicatezza e l'importanza eccezionale delle sue mansioni, sarà scelto fra i migliori, e portando con sè grave responsabilità e spreco enorme di energie, dovrebbe essere frequentemente riposato e cambiato, sebbene qualche autore (Paetz) non trovi ciò necessario e ne faccia vedere gli inconvenienti.

La proporzione degli infermieri vuolsi da Heilbronner di una guardia per ogni 4-5 malati; da Krayatch 1-4, da Roehrich 1-5; Lievvtschatkin crede necessari 3-5 infermieri per sala: Bernstein pure vuole una guardia continua per ogni 4-5 malate, e per ogni malato isolato, una guardia fissa: ma siccome talora necessitano 2-3 infermiere per mantenere in letto una sola ammalata almeno pei primi giorni, così tale cifra ci sembra ancora inferiore al bisogno.

In questo quartiere così organizzato verranno diretti tutti i nuovi ammessi, parte dei quali sarà poi distribuita dal Medico secondo criterî speciali nelle diverse sale, trattenendo in quelle di vigilanza continua soltanto gli *acuti*.

È qui che incomincia la cura del letto: i pazienti dovranno tenere costantemente la posizione orizzontale, la sola che permetta di ottenere insieme ad un completo riposo del corpo, anche quello dello spirito.

Per coloro che non vi si adattano tanto facilmente, come a dire i malati affetti da mania, malinconia ansiosa, confusione mentale, stati allucinatori, e secondo Schmidt per le donne in genere, non si ricorrerà *mai* alla contenzione meccanica: piuttosto saranno mantenuti in letto da due o più infermieri (Bernstein ed altri) o si proverà a dar loro da mangiare, leggere, lavorare o si tenterà in qualche modo di distrarli (Neisser), si cercherà infine di convincerli che son malati, che han la febbre: in tale senso agirebbe secondo i vari A. A. la vista di altri malati che tengono il letto, il tepore del medesimo, che a dire di Gross, è una specie di legame piacevole e seducente.

Condizione essenziale poi è che gli agitati, clamorosi, si acuti che cronici, sieno tenuti assolutamente separati dai tranquilli, e che si abbia a sottrarre a tutti ogni ragione d'eccitamento: nella sala in cui regni ordine, i malati si abituano presto alla vista dei loro compagni: è solo la varietà degli stimoli che nuoce e li esalta (Gross).

Osservando questa norma, resterà limitato il numero degli individui da isolarsi; l'isolamento non sarà necessario che in casi estremi; vi si ricorrerà come ad una medicina, adoperandolo con cautela dietro serie indicazioni, per ore e non per giornate, per cura e non per comodità, nè per liberarsi d'un malato molesto, dosandolo rigorosamente (Heilbronner). I locali d'isolamento non saranno celle, ma camere mobiliate allo stesso modo della sala, senza uscio; camere la cui apertura metterà come dicemmo o nella sala di vigilanza o in altri locali abitati, donde il malato sarà tenuto d'occhio.

Soltanto in questo senso l'isolamento viene ad essere coefficiente e complemento della clinoterapia, anzi non altro che cura del letto in camere separate (Gross).

Quando il malato disturbasse troppo, è consigliato di condurlo a passeggio (Toulouse) o lasciarlo sbizzarrire un po' in giardino o in altro ambiente, o sottoporlo a bagni caldi e prolungati, 2 al giorno di tre ore ciascuno. (Gross).

Non si useranno che in via eccezionale gli ipnotici.

Norme fisse circa il modo e la durata del trattamento in letto, non è possibile stabilire: Roehrich vuole si tengano *tutti* i nuovi ammessi a letto per tre giorni, Neisser per otto giorni almeno; circa il *maximum* della durata, lo si lascia a discrezione del Medico: così pure dovendo essere la cura affatto individuale, vedrà il Medico quando essa sia indicata, quando debba essere prolungata, interrotta o sospesa; così converrà derogare per molti da certe regole assolute, permettendo agli infermi di mangiare da sé, conversare, leggere, scrivere, perfino lavorare, alzarsi per i loro bisogni corporali, prender bagni e doccie quotidiane, recarsi per qualche ora nel giardino o nel locale di soggiorno intanto che si rifanno i letti, si cura la pulizia e si ventilano energicamente i locali; altri malati invece, cui sia necessario il riposo più assoluto, saranno trasportati da un letto ad un altro o depositi sovra sedie a sdraio sotto la veranda intanto che venga rifatto il loro letto. In seguito, permettendolo le migliorate condizioni generali, si raddolcirà il sistema prolungando progressivamente le ore di passeggio sino a che l'infermo torni alla vita normale, alzandosi al mattino e coricandosi alla sera o tutto al più riposando in letto qualche ora del pomeriggio. Resta inteso che tutti coloro cui non si conviene la cura del letto, debbano più o meno presto passare dalla sala di vigilanza continua ad altri quartieri.

Quanto al numero, alla proporzione dei malati da sottoporre alla clinoterapia, si ritiene che secondo i manicomî essa debba variare da un terzo a più della metà (Serieux e Farnarier); intorno ad un quarto (Roehrich) da  $\frac{1}{4}$  a  $\frac{1}{2}$ , secondo Heilbronner, e pei  $\frac{1}{10}$  della popolazione totale secondo Alter e Neisser.

Abbiamo già toccato delle favorevoli modificazioni generali indotte dalla clinoterapia, che trasformerebbero l'ambiente manicomiale in quello d'una sala ospitaliera, abituando il personale inferiore al sistema della dolcezza, insinuando in esso l'idea di aver a che fare con dei *malati*; i Medici stessi troverebbero nel migliorato ambiente maggiore compiacenza e facilità nell'esercizio delle loro funzioni: i visitatori ne resterebbero più favorevolmente impressionati: la sorveglianza sarebbe resa più facile, inutili diventerebbero i mezzi coercitivi, le poltrone, gli ipnotici, le celle.

Quanto agli ammalati, l'azione benefica del trattamento in

letto si farebbe sentire tanto sulle condizioni fisiche, quanto, di riflesso, sullo stato mentale.

Gli effetti fisiologi furono bene studiati da Guy, Weir-Mitchell, Manquat, Roehrich, Lacombe ecc.

Sul circolo, funzione quant'altre mai importantissima, il riposo in letto agirebbe riducendo il numero delle pulsazioni, e cioè da 70.05 a 66.62 in media negli adulti, da 81.98 a 80.24 nelle donne, da 91.0 a 90.0 nei fanciulli (Guy) e da 88.8 a 78.9 secondo una media generale di Lacombe: agirebbe ancora rialzando la pressione arteriosa, da 7.3 a 8.8 allo sfigmometro di Blok (Lacombe): sopprimendo quasi l'azione della gravità, per la quale verrebbe favorita l'irrorazione sanguigna ai centri nervosi, facilitato il ritorno del sangue venoso dalla periferia e dagli arti con la scomparsa di edemi, raffreddamenti, cianosi alle estremità, e delle stasi negli organi centrali e nel cervello.

Così più spedito si otterrebbe il circolo in tutti quei casi di malinconia, demenza, nelle forme d'arresto, cui si accompagna un torpore estremo, una insufficienza della irrorazione sanguigna, acquetando invece quell'eretismo dei centri circolatori si facile ad osservare negli stati di eccitamento.

Concomitante al rallentamento del polso, si ha pure un'abbassamento della temperatura centrale da 37.8 a 37.5 (Lacombe).

Sul respiro l'azione del letto non pare dubbia; sovra il numero limitato di escursioni respiratorie che si compiono in un minuto primo, si ha una notevole riduzione, da 23 a 19 negli adulti secondo Viault e Folyet, da 20.5 a 19.5 secondo Lacombe. Insomma, gli scambi gassosi verrebbero più o meno ridotti; ed appunto nei soggetti che vengono sottoposti alla cura, sembra che la prima indicazione sia precisamente quella di regolare l'economia organica, riducendo al minimum le perdite, creando delle riserve che più tardi verranno utilizzate.

Fin qui tutti gli Autori procedono « *in maxima concordia* ». Quando invece passiamo all'influenza del riposo in letto sulla nutrizione, mentre Weir-Mitchell nei neurastenici, Neisser negli epilettici, Roehrich in molti casi di mania, malinconia, confusione mentale, han constatato un aumento nel peso del corpo sino a 300-400 grammi al giorno, altri, come Toulouse e Marchand, asseriscono che effetto immediato dell'*alitement* sarebbe una diminuzione nel peso del corpo.

Alcuni clinici tedeschi avrebbero ancora osservato che negli individui anemici, clorotici, il menomo lavoro muscolare aumenta la distruzione delle ematie, le quali verrebbero invece risparmiate col riposo in letto.

Interessanti sarebbero state altre ricerche riguardanti le modificazioni del ricambio, come l'eliminazione dell'urea ecc. Pure riconoscendo la difficoltà di certe esperienze sovra soggetti come i nostri, dobbiamo lamentare una tale deficienza.

Infine, con la cura del letto, si otterrebbe il beneficio di un po' di sonno per quei malati che, raramente dormendo durante la notte, troverebbero così durante la giornata qualche istante di calma da potersi abbandonare: il sonno di coloro che si tengono alzati e in moto dalla mattina alla sera, non sarebbe di notte affatto migliore.

Quanto all'azione morale della clinoterapia, il malato in primo luogo subirebbe, secondo la espressione vaga ma indovinata del Roehrich, la « suggestione del letto », i cui molteplici e benefici effetti si fanno ben presto apprezzare: con la cura nel letto l'alienato riacquista più facilmente la coscienza del proprio stato, comprendendo d'essere infermo; riconosce il Medico in virtù dell'ambiente in cui si trova e del trattamento che riceve. Così spesso si riesce ad ottenere e talora a sopprimere certi fenomeni morbosi: p. e. il maniaco, per lontani e vaghi vestigi delle nozioni di convenienza, quando non sia al colmo dell'agitazione, si tratterrà dal disturbare gli altri, e la uniformità e la scarsità degli stimoli, ai quali è solito reagire così energicamente, non potranno che scemare il suo eretismo morboso, che indurlo alla calma: nel tempo istesso che il malinconico, cui ogni atto che implichi azione movimento, sforzo volitivo, non può che essere fonte di irritazione di aggravamento, si raccoglie in sé tranquillo e indisturbato, finché concesso all'organo malato quel riposo al quale istintivamente ei tende, passata la crisi, si troverà nelle migliori condizioni per ritorno allo stato *quo ante*.

Infatti si nota come il contatto, la vista, la conversazione, l'andare e venire degli altri malati, i pasti in comune, esacerbano il dolore dei malinconici come eccitano i maniaci, riattivano le turbe sensoriali negli allucinati, mantengono nei confusi il disorientamento.



Nessuno degli A. A. esplicitamente ammette che il sistema clinoterapico possa arrecare dei gravi danni e perciò ognuno parla soltanto d'*inconvenienti*.

Nel campo delle funzioni fisiologiche abbiám già visto come si diminuisca notevolmente il numero, il ritmo delle rivoluzioni cardiache, degli atti respiratori: si ritarda in una parola il circolo, si diminuiscono gli scambi: si favorisce la costipazione, l'anoressia, già si frequenti nei malinconici: si altera il trofismo in genere con esiti in cachessia, in escare, si inducono veri stati morbosi come l'anemia, le pneumoniti ipostatiche, le anchilosi alle articolazioni, si favoriscono le pratiche masturbatorie, la sudiceria.

Con assistenza e sorveglianza costanti, con enterocismi, lassativi, cangiamenti opportuni di posizione, alimentazione speciale, idro-elettroterapia, ginnastica svedese, massaggio, ipnotici, stricnici ecc. ecc. gli A. A. si propongono di ovviare a tutti i così detti *inconvenienti*.

Riguardo alla psiche, poco, anzi nessun danno si sente a lamentare: solo il Bernstein si domanda se in alcuni malati quella limitazione del campo intellettuale che si accompagna al riposo prolungato in letto, non sia destinata a portare una decadenza mentale duratura.

Passibili del trattamento in letto vennero dapprima giudicate tutte le forme mentali, mentre oggi molti intendono limitarlo ai soli malati acuti: è ritenuto poi assolutamente necessario in quei casi che si accompagnano a turbe organiche, negli stati febbrili e sub-febbrili o che siano sostenuti da intossicazioni, o comunque bisognosi, oltrechè del riposo mentale, anche di quello fisico.

Si osserva infatti come gran parte dei malati venga accolta in tristi condizioni generali da attribuirsi all'agitazione, alla cattiva e insufficiente alimentazione, all'insonnia, agli abusi e strapazzi d'ogni sorta ecc.

Le condizioni fisio-patologiche da noi riassunte sono pure quelle che offrono le indicazioni speciali.

Le due grandi psicosi, la mania, la malinconia, o meglio gli stati di eccitazione e gli stati depressivi, vengono da tutti proposti in prima linea come quelli che più si giovano della clinoterapia.

Quanti hanno sperimentata l'azione del letto nel trattamento degli *stati maniaci*, se ne sono lodati. Nessuno nasconde le diffi-

coltà che si incontrano nel mantenere coricati e pressochè immobili individui, cui il movimento, l'azione sono diventati imperiosi bisogni: parecchi infermi vi si ribellano: approfittando per altro della remissione temporanea che si verifica ordinariamente subito dopo l'ingresso, si può ottenere che il malato si sottoponga alle prescrizioni. In tale senso, come abbiám riferito, agirebbe l'esempio altrui, alcuni piccoli spedienti, la suggestione dell'ambiente, l'assenza e l'uniformità degli stimoli, e ben presto anche le riorordinate funzioni organiche, ricorrendo alla contenzione temporanea per mezzo del personale, ai bagni, agli ipnotici ed all'isolamento solo in casi eccezionali.

Certo il malato continuerà per qualche tempo ancora a disturbare, a lanciare cuscini e gettar le coltri, tenterà fuggire dal letto, lordare, lacerare ecc. Ma tuttocì non avverrebbe che per breve tempo: da tutti si asserisce che l'agitazione si farà in seguito meno violenta, gli accessi si ripeteranno a distanza maggiore, sebbene la durata della malattia non ne venga abbreviata (Bernstein, Roehrich).

Ritornaranno in seguito delle esacerbazioni o la relativa calma durerà sino alla convalescenza: certo, ove si alzasse prematuramente il malato, non tarderebbesi a vederlo tornare violento, clamoroso, distruggitore, sucido, sintomi che neppure l'isolamento riescirebbe ad allontanare, anzi di solito aggrava. In certe forme non molto gravi il malato conserva un certo grado di coscienza, di orientamento e mostra accorgersi dei trattamenti che gli si fanno; poichè una volta guarito li ricorda, e pur durante la malattia apprezza e distingue tutto quanto si pratica a suo riguardo. Sembra d'altronde incontrastato essere il maniaco il malato più accessibile alle cause esogene: mantenendolo poi in letto, si ridurrà di molto lo spreco delle forze; l'alimentazione frequente, il ritorno del sonno, gioveranno ad evitare il collasso e tutti gli altri inconvenienti cui suole dar luogo un'agitazione grave e prolungata. Timofeieff, Flersheim, Gowseieff asseriscono ottenersi una guarigione più rapida e più frequente; gli altri Autori depongono concordi solo per un'*attenuazione nei sintomi*.

Negli *stati di depressione* la clinoterapia sembra offrire da parte del malato, salvo rare eccezioni, minori ostacoli, ed è spesso imposta dalle cattive condizioni generali, dal rifiuto del cibo, dal-

la cianosi con raffreddamento e dagli edemi alle estremità. Le crisi allucinatorie e gli esiti in demenza, cronicità e morte si evitano talora con questa pratica.

Non volendo applicarla in tutto il suo rigore, la si potrà temperare alzando l'infermo per qualche ora nel pomeriggio.

Il malinconico sembra avere sovra tutto bisogno di riposo: il letto riparerà le perdite subite in seguito all'insonnia, alla sitofobia, all'ansietà: il cuore avrà contrazioni più energiche e regolari, il polso migliora, i disturbi vasomotori si correggono, il cervello si nutre meglio perchè più bene irrorato, il respiro viene ridotto, la temperatura abbassata, e quindi la perdita di calorico diminuita, ristorate le funzioni cutanee. Sulla psiche agirebbe favorevolmente modificando il così detto sentimento fondamentale e lo stato cenestesico, e siccome tuttociò che è sensazione, pensiero, azione, sforzo di volontà costa pene infinite al malinconico, così sarebbe possibile col riposo in letto evitargli ogni contrarietà.

Una forma, che per certi sintomi tiene un po' d'ambidue questi stati, è la *confusione mentale*: in questa per altro il substrato ben più frequente d'alterato ricambio, febbrile, tossico e d'inanizione, sembra richiedere assai più urgentemente il letto. Alcuni sintomi poi come lo spossamento, la obunbilazione profonda della coscienza, non si potrebbero trattare diversamente: tale è l'opinione di Chaslin.

Trascorso lo stato acuto, il malato raccoglierebbe più facilmente le proprie idee, i propri ricordi: riordinate le funzioni, riparate le forze, recuperato il sonno, finirebbe per avviarsi meglio alla convalescenza.

Analoghi stati dovuti all'*avvelenamento cronico da alcool, morfina*, ecc. vengono ammessi a godere dei buoni effetti della clinoterapia.

Circa ai ricorrenti stati di eccitamento e di depressione che si succedono nelle *forme periodiche e circolari*, agli intercorrenti accessi delle *malattie croniche*, è chiaro, quando si vogliano accogliere le nuove idee, che per essi debbano valere le indicazioni sovra accennate per la mania franca e per la malinconia. Vuolsi a questo proposito (Serieux) che alcuni di questi malati, avendo sperimentata in un precedente attacco la benefica azione del letto, sieno stati essi i primi a reclamare ad un nuovo accesso tale trattamento.

Nella *demenza paralitica* specialmente, quando si avvertano i segni precursori di un attacco apoplettiforme o convulsivo, applicando questa misura a tempo opportuno, si potrà ridurre il numero di tali attacchi di un terzo circa (Roehrich). Negli ultimi stadi della malattia poi il letto sarà inevitabile e con cure assidue si impediranno gli inconvenienti, frequentissimo fra gli altri, l'escara.

Così in tutte le *forme a focolaio*, emorragia cerebrale, ramollimenti, sclerosi a placche ecc. si applicheranno rigorosamente i criteri medesimi.

Per quanto riflette le psico-neurosi, l'*isteria* sembra essa pure richiedere tale pratica quando sia grave e durante i periodi parossistici, gli stati convulsivi ed equivalenti psichici.

Circa alla *neurastenia*, basterebbe accennare alla fortuna di cui gode da anni il così detto metodo Weir-Mitchell, modificato da Playfair, in cui la clinoterapia rappresenta la risorsa principale, la base; e sarebbe in massima parte dovuto ai vantaggi ottenuti nella neurastenia con tale cura, il successivo e l'odierno movimento tendente a generalizzare il metodo nelle altre forme di alienazione mentale.

Neisser infine s'è lodato assai del riposo in letto nell'*epilessia*, osservando che gli attacchi convulsivi scemano di frequenza e d'intensità, il peso del corpo aumenta, il carattere si modifica poichè gli infermi si fanno più trattabili; soltanto in certi stati di violenta eccitazione epilettica, la pratica non sarà possibile.

Da ultimo gl'*imbecilli*, *idioti*, i *degenerati*, *pazzi morali*, i *dementi* vuolsi abbiano a ritrarre qualche vantaggio dal riposo in letto durante gli accessi transitori di agitazione; Lacombe, Roehrich ecc. ne riferiscono un qualche caso.

## II

Fin qui abbiamo riassunti alla meglio e talora letteralmente riportati gli studi e gli argomenti dei fautori del sistema clinoterapico senza introdurre alcun personale apprezzamento: soltanto, dopo aver riferiti i modi e i dati dell'esperienza nostra, esporremo, quale che sia, il nostro giudizio.

Prima ancora che per i citati lavori (Bernstein, Heilbronner 1897, Roehrich, Lacombe 1898, Pochon, Gross 1899,

Serieux e Farnarier 1899-1900) la nostra attenzione venisse richiamata sul riposo e sulla cura in letto pei malati di mente, presso questo Istituto si seguiva per i nuovi ammessi quella eccellente consuetudine, che perfino gli stranieri riconoscono ai nostri manicomi: tutti i nuovi accolti, cioè, venivano diretti ad un quartiere speciale di osservazione, cui venivano all'occorrenza passati dagli altri padiglioni anche quei malati che per esacerbazioni, ricadute, forme ricorrenti ecc. richiedevano cura e vigilanza continua.

Da noi, ciascun infermo appena accolto, spogliato de'suoi indumenti, e dopo fatto, se ragioni speciali non lo vietano, il bagno regolamentare di pulizia, riveste biancheria dell'Istituto e viene *posto a letto sotto vigilanza continua*.

Si obbedisce così a due delle principali indicazioni, e in questo noi ci troviamo in perfetto accordo con i fautori della clinoterapia: si cerca ingenerare o restituire all'infermo la coscienza di questo suo stato, si pone il Medico nelle migliori condizioni per esercitare il suo ufficio e la sua autorità, e procedere ad un'esame metodico del paziente: questi riconoscerà molto più facilmente in chi lo avvicina e lo cura la qualità di medico e si presterà più docile all'esame.

Importantissime e subdole affezioni viscerali, malattie cutanee e parassitarie, anomalie somatiche del massimo interesse, lesioni di attinenza medico-legale, non possono per tale modo sfuggire: riesce più facile, trovando sempre il malato in quel dato posto e in una data posizione, fissarne in mente i caratteri, sì da notare il più lieve mutamento nel suo stato.

Se sitofobo, non potrà passare ad altri il proprio cibo nè sottrarsi ad un controllo rigoroso, prestandosi assai meglio all'alimentazione artificiale: le feci, l'urina, tutte le escrezioni e le secrezioni non vanno sì tosto perdute, ed anche l'infermiere meno perspicace ne saprà dire qualche cosa al Medico.

In capo a qualche giorno, i malati, che del letto non parevano giovàrsi (frenastenîe, delirî sistematizzati, forme croniche) venivano alzati, trasferiti in altri quartieri od applicati al lavoro, trattenendo in letto e sotto continua vigilanza le sole forme acute.

Da questo procedimento in uso non solo nel nostro, ma per quel che sappiamo, in quasi tutti i manicomî del Regno, al sistema clinoterapico, quale oggi s'intende, era facile il passaggio.

Due quartieri si prestavano in modo speciale allo esperimento; ma per varie considerazioni e necessità di servizio approfittammo del quartiere che già serviva d'osservazione, il quale si compone di un corpo principale di fabbrica e di due ali che si svolgono dagli estremi di questo ad angolo retto, in modo da rappresentare un quadrilatero da cui sia stato tolto un lato .

Il corpo principale di fabbrica consta di una fuga di stanze, alte, bene illuminate, asciutte, a piano terra, circondate da cortili e giardini, capaci di sei, otto, dieci letti ciascuna.

La sala centrale è guardata da un'infermiera almeno — *sala di vigilanza continua* —. Le camerette ad uno, due posti, che formano le due ali del fabbricato, sono collegate con questo e fra loro da comodo corridoio. Il quartiere possiede numerose latrine, lavandino, bagno, alloggi per il personale inferiore e per l'ispettrice.

Essendo noi preposti alla sezione femminile, l'esperimento venne a cadere sovra donne, come capitò a Bernstein, Lacombe ed altri, con questo vantaggio che, riuscendo la prova con l'elemento peggiore d'un manicomio, qual è il femminile, non poteva più essere il dubbio che, trasportato in altra sezione, il metodo avesse a fallire.

Senza venire ad osservazioni singole, che riuscirebbero poco dimostrative e ci porterebbero troppo lontano, diremo che abbiamo sottoposti alla cura del letto alcuni casi di mania franca, stati d'agitazione di varia natura, eccitamenti a caratteri degenerativi.

Non ci riusciva molto difficile mantenere in letto le pazienti, ma, per quanto le infermiere attendessero, non si poterono evitare alcuni inconvenienti: non parliamo di cuscini e coperte volate all'aria, di vasi rotti o di liquidi versati, d'insudiciamento continuo, roba stracciata ecc., ma principalmente del disordine che gettavano nella sala e dell'eccitamento che portavano alle altre malate con clamori altissimi, continuati, irreprensibili: se dopo molti sforzi si otteneva un po' di calma, bastava l'arrivo d'una nuova malata per ridestare l'eccitazione generale.

Per quanto ammiratori delle dottrine e dell'opera di Marandon de Montyel, non possiamo affatto dividere l'opinione sua che ben poca importanza abbiano differenze di razza, di costumi, di religione, d'istruzione, di clima, quando si tratti di trasportare da un popolo ad un altro pur vicino un'istituzione qualsiasi.

Esistono tanti fattori, tante condizioni etniche locali, che vi si oppongono: per questo, non per altro, religioni, leggi, costumi non sanno passare il confine segnato da una catena di monti, da un corso d'acqua; non per altro manicomî di nuova fondazione modellati o copiati da altri che pure altrove funzionano egregiamente, in regione diversa non corrispondono altrettanto bene.

Lusingati dalle relazioni che ci capitavano fra mano, colle nostre inferme abbiamo tollerato il tollerabile: le abbiamo divise e suddivise in sale diverse, tranquille con tranquille, agitate e clamorose con clamorose ed agitate: abbiám fatto ricorso a sedativi ed ipnotici, impacchi e bagni; l'occupazione, l'esempio, la persuasione su certe malate non ebbero alcun effetto, ed abbiám dovuto da ultimo ricorrere all'*isolamento* non solo temporaneo, ma anche prolungato; asserire che la cura del letto renda quasi inutili le celle, a noi sembra una esagerazione: si potranno diminuire di numero; abolirle o ridurle al *minimum* (1: 100) da taluno segnato, nei nostri paesi, mai (1).

Riconosciamo perfettamente i deplorabili portati dell'isolamento prolungato: però certe manifestazioni della mania cronica, certe abitudini che noi reputavamo artificiali, cioè conseguenti al trattamento antico, noi le vedemmo ripetersi egualmente in quegli individui che trattati col nuovo sistema passarono a cronicità.

Benchè profondamente riluttanti all'isolamento dei malati acuti, pure è nostro debito insistere sul fatto che ad esso fummo costretti a ricorrere, e non così eccezionalmente come in altri luoghi pare avvenga: del resto, siccome *est modus in rebus*, noi siamo convinti che con un po' di buona volontà e con vigile cura si possa fare dell'isolamento un mezzo di guarigione per gli agitati, di difesa per tutti gli altri, e sempre di lieve o nessun danno per quei pochi che vi debbano sottostare.

All'ora dei pasti certe malate, che non volevano essere assistite, sciupavano il cibo o l'ingoivano con avidità, versando il vino per il letto, sulle coperte; qualunque opposizione che loro si facesse, voleva dire impegnare una lotta, con quanto vantaggio

---

(1) Mi credo in dovere di ringraziare qui pubblicamente il Chiarissimo mio Direttore Prof. G Seppilli, il quale, oltre a permettermi delle prove che più o meno venivano a turbare il solito regolare andamento dell'Istituto, mi fu largo del suo prezioso aiuto e consiglio.

delle malate, delle infermiere, dell'ambiente stesso, è più facile immaginare che descrivere.

Alcuni distinguono gli stati d'agitazione in - agitazione semplice - reattiva - automatica (Pochon), altri in forme di agitazione per ipereccitabilità agli stimoli esteriori, per impulsi automatici o per altre cause più complesse (Gross).

Ora, poichè la diagnosi clinica non è sufficiente a stabilire netti confini e quindi a designare la cura, e perchè in un medesimo infermo possono sussistere ad un tempo parecchie cause di agitazione, come riconoscono i sovracitati A. A., noi non li seguiremo in queste distinzioni, limitandoci invece a far notare come in paesi ove impera la degenerazione acquisita e congenita per pellagra ed alcoolismo, sia assai frequente una perversione morale, un istinto di ribellione e di distruzione, pel quale certe malate riescono coi comuni mezzi assolutamente ingovernabili.

Col restare poi in letto tutta la giornata parecchie malate, avendo comodo di riposare ogni qualvolta ne sentono il bisogno, passavano poi la notte disturbando, mentre ciò avveniva più di rado quando una parte almeno della giornata eran tenute in piedi.

Ciò infirmerebbe l'asserzione del Roehrich, il quale al contrario osserva come il sonno di alcuni maniaci, ch'egli pel grande ingombro di malati doveva tenere in piedi ed all'aperto durante il giorno, non diventasse per questo migliore alla notte.

A noi parve quindi che molti casi di mania franca, quando cioè non intervengono fatti di degenerazione morale, si possano e si debbano trattare con il riposo in letto; soltanto vi si debba rinunciare tutte le volte che i soggetti siano estremamente turbolenti, pericolosi, incoscienti come negli stati d'agitazione su fondo epilettico; ciò onde evitare accidenti dolorosi e quel contagio psichico non infrequente ad osservarsi fra malati che sono trattati e vivono in comune.

Abbiamo osservato in quelle malate che poterono esser sottoposte al trattamento in letto soltanto una *attenuazione* dei fenomeni morbosi, e quelle diverse benefiche modificazioni nelle funzioni biologiche, che abbiám raccolte nella parte generale di questo lavoro.

La *durata* della malattia non risultò per questo minore della solita, per quanto sia difficile e spesso impossibile definire a prio-



ri il decorso e la durata d'una forma maniaca: per tale fatto, oltrechè pel numero ristretto di osservazioni, perdono valore certe statistiche; del rimanente lo stesso Flerscheim in *otto* casi di mania, curati col riposo in letto, vide la durata oscillare fra 3-25 mesi.

Non furono rari esiti in *cronicità, passaggi a demenza*: per quanto a vero dire tali casi per molti caratteri e per varie circostanze. (condizioni organiche, ereditarie ecc.) fossero sospetti di tale esito sin dall'inizio dell'accesso.

Maggiore facilità nell'applicazione del metodo e risultati migliori potemmo ottenere in certe *forme iniziali* affatto, o di eccitamento che sin dai primi giorni si preannunciava leggiero, modico; quando le inferme abbandonavano troppo presto il letto, potevasi notare una recrudescenza nel loro stato, che scompariva tosto che fossero ritornate al regime clinoterapico.

Così ce ne potemmo lodare in genere negli *eccitamenti ricorrenti e periodici*.

Nella *malinconia* e forme analoghe, depressive, asteniche, per la indole stessa dell'affezione incontrammo ancora minori difficoltà e insieme risultati più favorevoli.

Le condizioni fisiche assai di frequente disastrose (per pella-gra) ne venivano risollevate; l'alimentazione si faceva più facile e sicura; gli edemi e le cianosi tendevano a scomparire, si regolarizzavano le funzioni circolatorie e quelle dell'apparato digerente. Piuttosto che vedere di queste malate sedute su panche o accoccolate per terra o rincantucciate in qualche angolo con la testa bassa e fra le mani, mute, inerti, immobili, cascanti, noi preferiamo vederle in letto, cui si accorda l'aspetto medesimo di malate: la coscienza sembrava ritornare assai più presto; la stipsi ed altri inconvenienti o non apparivano o si potevano facilmente rimediare.

Soltanto nelle *forme ipocondriache* a base di preoccupazioni per la propria salute, di parestesie ecc. la cura del letto, anziché tornare alle pazienti la coscienza del loro vero stato, sembrava persuaderle maggiormente di essere davvero affette da mali sempre più gravi ed incurabili, esagerava la sintomatologia, sicchè in questi casi ben diverso significato si poteva dare alla famosa « *suggestione del letto* ».

Gli *stati d'ansia* pure ci parvero refrattari per non dire aggravati dalla clinoterapia.

In tutti questi casi noi siamo convinti che la distrazione, e tanto più, se possibile, il lavoro, una vita più attiva ed igienica siano più consigliabili.

Nella *confusione mentale*, necessaria, indispensabile ci sembrò la cura del letto nelle prime settimane di malattia: ma appena trascorso lo stadio acutissimo della medesima, quando le inferme parevano un po' meno disorientate, quando i disturbi sensoriali si attenuavano, l'intelligenza e con essa l'affettività venivano risvegliandosi e rinasceva il desiderio della famiglia, allora il ritorno alle occupazioni abituali ci sembrava la migliore indicazione; anzi l'esperienza nostra, come abbiamo esposto in altra nostra pubblicazione, sta a dimostrare come efficacissimo pel ripristinamento delle facoltà mentali sia il ritorno in famiglia ed al lavoro, ove le malate sembrano trovare le migliori condizioni atte a favorire la guarigione.

Mantenute per lungo tempo invece queste malate, come alcune malinconiche, nel letto, nella inerzia più profonda, si avviano a quella decadenza mentale duratura, si bene intraveduta da Bernstein.

Per la *neurastenia* ci siam giovati del trattamento in letto quando la malattia presentava una certa gravità: non dannosa, ma pressochè inutile ci sembrò nelle forme leggere.

Nell'*isteria* grave con convulsioni il letto è pure indicato: ma dobbiam notare come assai di frequente la natura spuria di questa affezione (per l'associarsi dell'epilessia) richieda ben altri trattamenti, e come la guaribilità, spesso facile e raggiungibile con i più svariati mezzi, bastino a scemare in questi casi l'importanza della clinoterapia.

In alcune nostre *epiletiche* poi abbiamo fatta questa curiosa constatazione: che in esse pure, ripetendosi gli attacchi con maggiore frequenza alla notte, allorquando cioè se ne giacevano in letto e nella posizione orizzontale, che non durante la giornata, se venivano tenute a letto costantemente, il numero e l'intensità degli accessi subivano una certa diminuzione: nello stesso tempo si possono così evitare i danni d'una caduta: però è indispensabile che

l'epilettico nel letto venga sempre sorvegliato potendo durante un attacco restare soffocato sotto le coperte o contro il cuscino od il materasso.

Giudicammo poco meno che inutile, per ragioni ovvie, la prova in tutte le forme schiettamente *degenerative* o *croniche* come *deliri sistematizzati, pazzie morali, demenze organiche, idiozia, cretinismo, imbecillità*: d'altra parte il numero ristretto dei letti e del personale, di fronte alle numerose ammissioni, non ci permetteva di estendere e continuare la pratica a tutti i nuovi accolti.

Per quanto si riferisce alle modificazioni indotte dalla clinoterapia nelle diverse funzioni fisiologiche, ad onor del vero, noi dobbiam riconoscere e ripetere esser in gran parte reali quei vantaggi sui quali tanto insistono i fautori del metodo: crediamo per altro nostro debito osservare come non sempre sia esatta l'interpretazione di certi fenomeni, e il meccanismo secondo il quale agirebbe il riposo in letto: una certa contraddizione, ad esempio, si riscontra fra la teoria che la posizione orizzontale renda migliore l'irrorazione sanguigna del cervello, e i dati di fatto pei quali Sciamanna ritiene che nella posizione orizzontale per la diminuita velocità del circolo refluo aumenti la resistenza alla circolazione arteriosa del cervello che così soggiace ad una pressione alquanto maggiore da parte del liquido cefalo-rachidiano che per la gravità affluisce in maggior copia nella cavità cranica: inoltre nella posizione orizzontale deve naturalmente restringersi la cavità rachidica nella porzione cervicale perchè in questa regione si fa più pieno il sistema venoso intrarachidiano e quindi è ostacolato alquanto il passaggio di detto liquido dalla cavità cranica alla rachidica.

Il numero delle respirazioni viene ridotto, è vero: ma noi dobbiamo domandarci se, acquistando il torace sciolto da vestimenti e costrizioni maggiore libertà ed ampiezza di movimenti, quello scambio di gaz che sembra diminuire con la diminuita frequenza degli atti respiratori, non trovi un compenso in una maggiore profondità delle inspirazioni medesime.

Anche la nutrizione generale e la sanguificazione non parvero sempre giovarsi del riposo in letto: alcune malate dimagrivano a vista d'occhio, ed avemmo campo di constatarlo anche con la bilancia: in altre fu osservato un marcatissimo grado di anemia

non ostante le cure arsenico-ferruginose, l'aereazione ottima dei locali, l'abbondanza di luce, il buon nutrimento; e questi inconvenienti apparvero maggiori quanto più a lungo le malate furon trattate col letto e più spiccati nella stagione invernale, anzi sul finire di questa, che nella estiva.

Neppure le forze venivano sempre ristorate: alcune inferme, dopo aver tenuto parecchio tempo il letto, non si trovavano più in grado di lasciarlo, e preoccupate di ciò, chiedevano spontaneamente di essere alcuna volta alzate: altre, senza esser giunte al marasma e pure osservandosi tutte le norme d'una buona assistenza, presentavano fatti gravi di distrofia cutanea, erosioni, piaghe, escare.

Ma, cosa assai più grave, vedemmo formarsi anchilosi permanenti, specie agli arti inferiori: in letto, non ostante si cercasse impedirlo, le inferme si rattrappivano mantenendo a lungo in flessione la gamba sulla coscia, questa sul tronco; l'estensione passiva, forzata, provocando vivo dolore e reazione vivace da parte delle malate, diventava in brevi giorni impossibile stante anche la grande rigidità muscolare e profonde modificazioni articolari intervenute: in alcuni casi abbiám ricorso perfino ad apparecchi di estensione amovo-inamovibili ma senza alcun frutto. Una malata (certa Vianello) migliorata assai nelle condizioni mentali, si ridusse a questo stato di permanente infermità fisica.

In due delle nostre malate assistemmo poi ad un fatto curioso: esse si adattarono così bene, anzi troppo bene al trattamento in letto, da diventare in breve delle vere *clinomani* che si agitavano ogni qualvolta si facevano alzare. La brevità, che ci siamo imposta, non ci permette di riportare le due interessanti osservazioni.

Ora, senza ascrivere tali fatti totalmente al trattamento in letto, noi crediamo che esso li abbia per lo meno grandemente favoriti, poichè si notava un qualche miglioramento allorquando la cura veniva interrotta.

Che poi il sintoma *sudiceria* abbia quasi a scomparire col nuovo sistema, questo neppure abbiám potuto verificare; a meno che la inferma non venga alzata più e più volte ed invitata a soddisfare a'suoi bisogni (cosa del resto che si fa anche se non tiene il letto), avverrà assai di rado che l'inferma spontaneamente lo abbandoni, costituendo davvero il tepore del letto una specie di legame; è così che noi abbiám avuto sempre a lamentare pres-

so a poco lo stesso numero di sucide, e, quel che è peggio, un maggior consumo di biancheria.

Circa alla *masturbazione*, cosa non molto frequente nella sezione femminile e non sempre facile a rilevare, senza possedere dati precisi, abbiám ragione di credere che venga dal nuovo sistema piuttosto favorita che ostacolata.

Per ciò che si riferisce a questioni di tecnica manicomiale, ci siam formati il concetto che non in tutti gli Istituti si possa convenientemente istituire la pratica: si richiedono specialissime distribuzioni di locali ed altre condizioni quali non si ritrovano che nei manicomî moderni, di recente costruzione.

Infatti converrebbe abbandonare gli edifici a parecchi piani o per lo meno lasciare i piani superiori per servirsi del solo piano-terra.

Chi non potesse permettersi il lusso di verande, dovrebbe almeno ampliare le aperture per una energica ventilazione e sovra tutto curare molto bene il riscaldamento. Nei nostri manicomî in genere i sistemi di riscaldamento, per la mitezza del clima che li rende quasi inutili, lasciano molto a desiderare. Il mantenere una buona e costante temperatura in tutti gli ambienti è pur essa cosa indispensabile al trattamento in letto e che graverà non poco sul bilancio dell'Istituto.

Ma i fautori della clinoterapia, nella foga dei loro entusiasmi, non si fermano a contemplare difficoltà alcuna d'ordine tecnico od economico: lasciamo stare che alcuni portarono le loro prove in cliniche fornite di larghi mezzi, o in manicomî minuscoli, lasciamo stare che il vantaggio del malato debba essere per noi *suprema lex*: ma nel momento attuale in cui, come giustamente osserva il Tambroni, molte Amministrazioni si dibattono nelle strettezze dei loro bilanci, in cui tanti nuovi campi si aprono alla beneficenza ed all'assistenza pubblica, non possiamo prescindere dalla maggiore spesa che richiederebbe il nuovo metodo non solo per modificazioni e costruzioni di nuovi locali, non solo per l'aumentato cambio e consumo di biancheria conseguente al trattamento in letto, ma in ispecial modo per l'aumento non indifferente del personale inferiore e superiore.

Non intendiamo precisarlo, poichè si tratta di questioni strettamente locali: ad ogni modo a noi sembra indispensabile un'in-

fermiera almeno per ogni cinque malate per i quartieri di vigilanza continua ove si trovano raccolte quasi esclusivamente malate acute: ed anche mantenendo una tale proporzione ove non siano ben disposti ed alternati i diversi servizi e di frequente riposato il personale, noi lo vedremo esaurirsi rapidamente, prestando di conseguenza servizio meno attivo quando maggiore ne sarà il bisogno.

In manicomî poi che abbiano come il nostro una media annua di 500 ammissioni, inegualmente distribuite nelle varie stagioni dell'anno, si vedrà quale aumento e quale fluttuazione importa il nuovo sistema nel numero delle infermiere.

Da noi la sorveglianza notturna viene divisa fra due guardie per ciascun padiglione: dalla sera insino alle ore una antimeridiane la prima, da quest'ora all'alzata delle malate la seconda. Ora, a ciascuna di queste guardie converrebbe dare almeno una compagna, un aiuto, non essendo prudente lasciare di notte in mezzo a tante malate acute e pericolose una sola infermiera: così, invece del solito *doppio* turno, si renderà necessario un turno *quadruplo*: e ciò complica assai la cosa.

Tale necessità è la prima che si fa sentire quando vogliasi praticare la cura del letto, e nessun espediente fra quanti ne abbiamo escogitati, vale a toglierla di mezzo. Del resto se nostro obbligo è di curare il vantaggio dei malati, non minore è la cura che dobbiamo verso un personale le cui mansioni sono tanto delicate.

Ma oltre al personale inferiore, non sarebbe fuor di luogo provvedere ad un aumento nel numero dei Medici, poichè la cura in letto deve essere diretta e sorvegliata personalmente dal Medico che solo può avere il tatto e le cognizioni necessarie e che nelle sale di vigilanza dovrebbe passare gran parte della sua giornata.

Tanto ci siam creduti in obbligo di esporre poichè ci risulta dall'esperienza quotidiana: non vorremmo per altro che alcuno ci giudicasse misoneisti od avversari per progetto ad un trattamento che conta già, insieme a fieri nemici, ardenti fautori.

Le discussioni accanite insorte già tempo fa costoro e specialmente fra T. S. Clouston e I. Batty-Tuke in Inghilterra, quelle recenti tra Farnarier e Doutrebente in Francia, sebbene in gran parte accademiche, meritano una qualche parola.

Risalendo a considerazioni generali, alcuni hanno voluto trovare una contraddizione palese fra i diversi indirizzi seguiti in questi ultimi tempi in fatto di tecnica manicomiale e di terapia mentale.

Mentre da una parte, essi dicono, si proclama il lavoro utile, redentore di molti infelici, si istituiscono officine, colonie agricole ecc., dall'altra si va predicando che i pazzi debbono essere curati come veri e proprî malati.

Ma la contraddizione davvero non esiste: una cura non esclude, anzi integra l'altra, poichè una parte dei ricoverati d'un manicomio si giova realmente del lavoro quanto l'altra del trattamento ospitaliero, o d'ambi i mezzi di cura successivamente.

È vero; nell'evoluzione lenta degli istituti psichiatrici fuvvi un tempo in cui l'attenzione del Medico-alienista parve raccogliersi tutta sovra una sola classe di malati: preoccupato dall'aumento delle ammissioni e dall'ingombro dei cronici, fu indotto a trovare anche per costoro una soluzione con l'istituire officine e colonie agricole: degna di plauso sembrò allora a tutti una tale riforma come quella che, schiudendo nuovi orizzonti alla tecnica del manicomio, condusse alla redenzione di molti infelici che trascinavano la vita nell'ozio il più desolante, padre davvero delle più brutte abitudini, nemico dell'ordine e della proprietà in un'istituto manicomiale; nel tempo istesso però si potè constatare che il lavoro nelle officine ed all'aria libera della campagna, risolvendo in egual misura le condizioni del corpo e dello spirito, oltre che giovare ai cronici, favoriva la guarigione in un certo numero di convalescenti.

Le Amministrazioni medesime, che ne risentirono subito i vantaggi economici, spinsero ben addentro il Medico per questa via, sì che taluno, considerando il lavoro dogma intangibile ed applicandolo in modo troppo esclusivo, parve più che altro volesse volerlo ad aumentare le entrate dell'Istituto.

È per questo che con poca buona fede alcuno volle affermare che la troppa cura presa dei cronici e dei deboli di mente educabili od atti a qualche lavoro, avea fatto perdere di vista i malati acuti, a gran parte dei quali il lavoro sotto nessuna forma era applicabile, facendo passare in seconda linea il trattamento medico propriamente detto.

Ai sostenitori del trattamento in letto invece si veniva imputando un'altra contraddizione.

Partendo dall'antico concetto che le due grandi psicosi, mania e malinconia, dovessero esprimere un'antitesi perfetta, così sintomatica come intrinseca, taluno si chiedeva come fosse mai possibile trattare l'una e l'altra alla stessa stregua.

Tali accuse a dir vero non han più ragione di essere oggi, quando noi vediamo così favorevolmente accolte le vedute del Kraepelin che cioè la mania e la malinconia non sieno nella maggior parte dei casi che due fasi diverse d'un medesimo stato morboso, in modo da poter ridurre le due unità cliniche ad una sola forma psicopatica (frenosi maniaco-depressiva).

In quanto alla diversità dei due indirizzi, lavoro, vita attiva ecc. e riposo in letto, si può asserire che se anche vi fu un tempo in un certo senso tendenza ad esagerare, non è questa una buona ragione perchè oggi si abbia ad eccedere in senso opposto.

Tanto l'uno quanto l'altro sistema ha dunque le sue indicazioni come le sue controindicazioni; nessuno dei due può preenderla a panacea per tutti i mali.

Anzi il tempo ha oramai fatto giustizia, e possiamo già credere di essere entrati, riguardo al trattamento in letto, in un terzo periodo storico: in un periodo cioè in cui, lasciati da parte i lirismi, gli entusiasmi che suscita ogni idea nuova, si applicano, si associano, si alternano i due metodi a seconda dei casi, derogando da quelle certe regole assolute che parevano già riuscite a imporsi. Così oggi in Francia si segue un sistema misto, curando più che altro il trattamento in letto in alcuni casi acuti o quando sia richiesto dalle condizioni somatiche, come del resto si usa anche fra noi da tempo immemorabile - *multa renascitur quae iam cecidere*.

Quanto a noi, abbiám voluto toccar con mano i vantaggi e i danni d'un sistema che, se non nuovo, veniva acquistando oggi nuova importanza, onde poter recare ancor noi il nostro piccolo contributo alla vigilia della discussione che ampia, pratica, serena, speriamo si aprirà sull'importante argomento nel prossimo Congresso di Parigi (2-9 Agosto).

Del terzo tema, riguardante la terapia mentale « circa il riposo in letto nelle forme acute di pazzia e sulle modificazioni ch'esso potrà indurre nell'organizzazione dei frenocomi » sono



nominati relatori Neisser, Korsakoff e Morel, alienisti dei quali è ben nota la competenza come son note le convinzioni: ci auguriamo che essi facciano luce e giustizia completa sovra gli argomenti, non tenendo conto di simpatie o di tendenze neofobe che tolgono sempre il giusto apprezzamento dei fatti.

Riassumendo: della clinoterapia, per quello che si riferisce ai malati di mente, noi possiam dire:

I. Che la cura del letto merita di esser presa in considerazione, per quanto ad ottenerne buoni frutti occorra applicarla con discernimento e con cautela, caso per caso e dietro precise indicazioni, interrompendo, alternando e sospendendo la medesima quando ne risulti alcuno dei citati danni.

II. Che convien restringerla:

A. alle sole psicosi acute maniaco-depressive, nella maggior parte delle quali si rileva una relativa efficacia, escludendone per altro le forme a caratteri degenerativi anche se esordiscono acutamente, le ipocondriasi, gli stati d'ansia.

B. alla confusione mentale (*amentia*) nel periodo acuto, riuscendo invece meno conveniente negli ulteriori stadî.

C. ad alcuni casi di psico-neurosi isterica e neurastenica.

D. agli stati ricorrenti o periodici di eccitazione.

III. Che non abbrevia in genere la durata della malattia nè aumenta la percentuale delle guarigioni, non evita i passaggi a demenza, ma solo ne attenua i sintomi.

Rispetto alla tecnica:

I. Induce delle favorevoli modificazioni nell'ambiente manicomiale.

II. Per praticarla convenientemente occorrerebbe abbandonare molti dei vecchi istituti, modificare, adattare i nuovi.

III. Non consente l'abolizione totale delle celle nè la riduzione di esse al minimum voluto da alcuni, nè rende inutili i sedativi, gli ipnotici, i bagni, l'isolamento.

IV. Porta con sè spese maggiori. A. Per l'aumentato cambio e consumo di biancheria. B. Per il riscaldamento speciale che richiede. C. Per l'aumento del personale sanitario e del personale inferiore.

V. In caso di affollamento, adottando la cura in letto, si potrebbe guadagnare qualche posto (1).

BIBLIOGRAFIA

- Bechterew. Ueber die Anwendung der Bettruhe bei Geisteskranken. - *Centralb. f. Nervenheilkunde. u. Psych.* August 1897.
- Berustein. Sur le role du séjour au lit dans le traitement des aliénés. - *Annales médico-psychologiques* Paris 1897.
- Brosius. Die Bettbehandlung der Irren. *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie.* Berlin 1891.
- Chaslin. La confusion mentale primitive. Paris 1895.
- Clausolles. Essai a l'asile de Pau du traitement des aliénés par le repos au lit. Thèse de Toulouse 1899.
- Clouston e Batty-Tuke. Le repos et l'exercice dans le traitement des maladies nerveuses et mentales. *The Journal of Mental Science* 1895. Riportato negli *Archives de Neurologie.* Paris 1897.
- Farnarier et Serieux. Le traitement des psychoses aiguës par la repos au lit. *Semaine Médicale.* Paris. 11 Oct. 1899.
- Flersheim. Die Benhadlung der Manie in der Bettlage. Göttingen 1881.
- Gowseiew. Du séjour au lit des aliénés. Anal. in *Rev. neurol.* 1896.
- Gross. Zur Behandlung acuter Erregungszustände. *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie.* 1899.
- Hebold. Bettbehandlung und Zelle. *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie.* Berlin 1891.
- Heilbronner. Bettbehandlung und Einzelzimmerbehandlung. Ibidem 1897.
- Hergt. Einiges zur Behandlung der Seelenstorungen. Ibidem 1877.
- Keraval. Le traitement de l'aliénation mentale par le repos au lit. *Progress Médical.* 1898 n. 25.
- Klinke. Zur Geschichte der freien Behandlung und der Anwendung der Bettruhe bei Geisteskranken. *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie* 1893.
- Lacombe. Contribution a l'étude du traitement des aliénés par le repos au lit. Thèse de Paris 1898.

---

(1) Era già compiuto il presente studio quando compariva nella *Rivista Sperimentale di Freniatria* del 15 Aprile 1900 una nota del Dott. Bernardini sullo stesso argomento.

Siamo lieti che le osservazioni del distinto Collega di Reggio, le sue riserve, le sue conclusioni, colmando qualche nostra lacuna, in genere vengano a collimare con le nostre - l'ultima eccettuata, che cioè il metodo clinoterapico realizzi un minore dispendio nell'organizzazione e nella vita economica di un Manicomio.

- Magnan. Traitement de la manie. *Revue de psychiatrie*, juillet 1897.
- Alitement. Traitement par le repos au lit, dans les formes aiguës et subaiguës de l'alcoolisme. X. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France. Marseille. Avril 1899.
  - Traité de thérapeutique appliquée de A. Robin. V. articoli di Magnan e Serieux, Magnan e Pécharman. Paris 1898.
- Mancheimer. Le traitement des aliénés au lit. *Tribune Médicale* 1898.
- Manquat. Traité élémentaire de thérapeutique. Paris 1897.
- Mejer-Ludwig. Die Behandlung der psychischen Erregungs- und Depressionszustände. *Therapeut. Monatsh.* 1887.
- Neisser. Die Bettbehandlung der Irren. *Berlin. Klin. Wochensch.* Septemb. 1890.
- Bettruhe bei Epilepsie. *Therap. Monatsh.* 1893.
  - Noch einmal die Bettbehandlung der Irren. *Allg. Zeitsch. für Psychiatrie* 1894.
- Osipow. Therapeutische Bedeutung der Bettbehandlung. Riportato in *jahresbericht Neurologie und Psychiatrie* 1898.
- Osipow u. Trapezinkow. Ueber die Bettbehandlung der Geisteskranken. Ib. 1897.
- Paetz. Bericht über die Prov. Irrenanstalt Rittergut Alt-Scherbitz für 1880-81.
- Ueber die Einrichtung von Ueberwachungsstationen. *Allg. Zeitschrift f. Psych.* 1887.
  - Die Kolonisierung der Geisteskranken. Berlin 1893.
- Pochon. Etude sur le traitement des aliénés agités par le repos au lit. Paris 1899.
- Rabow. Behandlung der psychischen Erregungszustände. *Berlin. Klin. Wochensch.* 1876.
- Roehrich. Du traitement par le lit chez les aliénés. Paris 1898.
- Roubinovitch. The Bed. Treatment for the violent insane at the Sainte anne Asylum. *New-York. Med. jour.* 1898.
- Serieux. Le traitement des mélancoliques par le repos au lit. *Revue de psychiatrie* 1897.
- Le traitement des psychoses aiguës par le repos au lit. *Revue internat. de therap. et de pharm.* 1897.
- Serieux et Farnarier. Travail et alitement dans le traitement des maladies mentales. *Archives de Neurologie*. Paris 1899 pag. 442 e segg.
- Tambroni. Note di tecnica manicomiale. Ferrara 1900.
- Timofeieff. Méthode de traitement des aliénés, dite du lit. *Archiv psychiatr. t. XIX.*
- Tonoli. Dimissioni precoci di alienati. *Rivista Sperimentale di Freniatria e Med. Leg.* 1899.
- Trapeznikow et Osipow. Sur le traitement des aliénés par le lit. *Société médicale de Saint.-Petersbourg* 1897.

- Toulouse et Roubinovitch. La melancolie. Paris 1897.  
Tuke et Clouston. V. Clouston.  
Weir-Mitchell. On rest in the treatment of nervous disease, in *Sequin's series of American clinical lectures*. 1875. Fat and blood, and how to make tem. Traduzione francese di O. Jennings. Paris 1883.  
Wille. Bericht über Irrenanstalt. Basel 1879.  
Bernardini. La clinoterapia nelle malattie mentali. Note di tecnica manicomiale. *Rivista Sperimentale di Freniatria e Med. Leg.* 1900.

Brescia — Aprile 1900

---

## CRONACA

**Ignoto Benefattore** — Un ignoto benefattore, cui rendiamo grazie infinite, ci ha fatto pervenire la somma di L. 35, dandoci ampia facoltà di erogarla, nel modo da noi stessi creduto migliore, a vantaggio degli inservienti e dei malati. E noi, cercando di interpretare il desiderio del generoso benefattore, abbiamo versato L. 15 nella Cassa degli inservienti, L. 15 nella Cassa della Società di Patronato per i pazzi poveri dimessi dal Manicomio, e L. 5 nella Cassa malati.

**Reparto Bagni.** — L'aumento dei malati e il deperimento degli apparecchi idroterapici avevano fatto sentire la necessità di aumentare nel nostro Reparto bagni il numero delle vasche e di rinnovare e migliorare gli apparecchi. Tutto ciò è stato nell'inverno decorso portato a compimento per impulso del nostro Presidente d'Amministrazione Conte dott. R. Giglioli e sotto la direzione dell'ing. G. Mongini.

È stata inoltre colta la circostanza dei suddetti lavori per rimettere, diciamo così, a nuovo tutti i locali e per portare in essi tutte quelle innovazioni che dal punto di vista igienico ed estetico erano ritenute opportune. E così sono state rivestite di marmo bianco, fino ad una certa altezza, le pareti; sono stati rifatti i pavimenti in asfalto naturale ed aggiunta attorno una fascia di marmo di Verona; e finalmente è stato adottato un sistema più igienico e più comodo per il riempimento o la vuotatura delle vasche.

Ma la innovazione migliore, introdotta recentemente nel nostro Reparto bagni, è stata quella di utilizzare parte del calore irradiato dalla caldaia per riscaldare gli ambienti, il che ci permetterà di fare su larga scala bagni di pulizia e di cura anche nel colmo dell'inverno.

**Movimento nel personale.** — Col primo di Maggio u. s. è avvenuto un notevole movimento nel personale sorvegliante della sezione donne.

La signora Ispettrice Elvira Verri, che aveva già conseguito il diritto a pensione, ha lasciato definitivamente il nostro Istituto, nel quale per trenta e più anni aveva prestato l'opera sua intelligente ed attiva.

In seguito a ciò è stata promossa ad Ispettrice la Infermiera Maggiore Signora Erminia Giacomelli, che per la sua lunga pratica manicomiale e per le sue eccellenti qualità intellettuali e morali merita ogni fiducia, e a Infermiera Maggiore e Vice-Maggiore sono state rispettivamente nominate la Fanny Ferrari e la Lucia Veronesi diligenti e provette.

Alla signora Elvira Verri porghiamo l'augurio più cordiale di felice e meritato riposo.

## NECROLOGIE

Il giorno 10 Febbraio u. s. cessava di vivere, dopo breve malattia, il dott. Camillo Fochi Direttore del Manicomio Provinciale di Parma in Colorno. In gioventù fu un soldato valoroso, nell'esercizio della professione si guadagnò la stima dei Colleghi e l'affetto dei malati.

Sembra che alla sua fine non siano state estranee amarezze e disinganni provati in questi ultimi anni.... Fino ad ora la Psichiatria conta certamente fra i suoi cultori più martiri che fortunati !!

La Psichiatria e la Neuropatologia in Italia hanno perduto nel Gennaio u. s. una delle migliori speranze. Il dott. Gustavo Pacetti, medico primario nel Manicomio di Roma, già noto per le sue interessanti pubblicazioni, moriva in giovanissima età in mezzo al compianto dei Colleghi.

**Società di Patronato per i pazzi poveri dimessi dal Manicomio.**

|                    |   |   |   |   |             |
|--------------------|---|---|---|---|-------------|
| Somma precedente   | . | . | . | . | L. 1722. 56 |
| Offerta N. N.      | . | . | . | . | » 8. 20     |
| Ignoto benefattore | . | . | . | . | » 15. —     |
| Offerte malati     | . | . | . | . | » 4. 59     |
| id. id.            | . | . | . | . | » 1. 95     |
| Totale             |   |   |   |   | L. 1752. 30 |

*Movimento dei malati nel mese di Gennaio 1900*

| Esistenti |                  | Entrati |     | USCITI  |    |          |   |                    |   |                       |   | Morti |  | Rimasti |   | in<br>lio |     |      |
|-----------|------------------|---------|-----|---------|----|----------|---|--------------------|---|-----------------------|---|-------|--|---------|---|-----------|-----|------|
|           |                  |         |     | guariti |    | miglior. |   | non mi-<br>giorati |   | per non<br>ver. pazz. |   |       |  |         |   |           |     |      |
|           |                  |         |     | U       | D  | U        | D | U                  | D | U                     | D |       |  |         |   |           | U   | D    |
| Appart.   | Prov. di Ferrara | 196     | 181 | 10      | 9  | 2        | 2 |                    |   |                       |   |       |  | 7       | 4 | 197       | 184 | 70.  |
|           | altre Provincie  | 27      | 12  |         | 2  |          |   |                    |   |                       |   |       |  | 1       |   | 26        | 14  | 13.9 |
|           |                  | 223     | 193 | 10      | 11 | 2        | 2 |                    |   |                       |   |       |  | 8       | 4 | 223       | 198 | 14.  |
|           |                  |         |     |         |    |          |   |                    |   |                       |   |       |  |         |   |           |     | 63.5 |
|           |                  |         |     |         |    |          |   |                    |   |                       |   |       |  |         |   |           |     | 51.  |

*Movimento dei malati nel mese di Febbraio 1900*

|         |                  |     |     |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |   |   |     |     |      |
|---------|------------------|-----|-----|---|---|---|--|---|---|---|--|--|--|---|---|-----|-----|------|
| Appart. | Prov. di Ferrara | 197 | 184 | 2 | 7 | 2 |  | 1 | 1 | 1 |  |  |  | 5 | 1 | 190 | 189 | 53.  |
|         | altre Provincie  | 26  | 14  | 3 |   | 1 |  |   |   |   |  |  |  | 1 |   | 27  | 14  | 274. |
|         |                  | 223 | 198 | 5 | 7 | 3 |  | 1 | 1 | 1 |  |  |  | 6 | 1 | 217 | 203 | 34.  |

*Movimento dei malati nel mese di Marzo 1900*

|         |                  |     |     |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |   |  |     |     |      |
|---------|------------------|-----|-----|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|---|--|-----|-----|------|
| Appart. | Prov. di Ferrara | 190 | 189 | 7 | 4 | 4 | 1 | 1 | 2 | 2 |  |  |  | 2 |  | 188 | 190 | 7.   |
|         | altre Provincie  | 27  | 14  |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |   |  | 27  | 14  | 28.  |
|         |                  | 217 | 203 | 7 | 4 | 4 | 1 | 1 | 2 | 2 |  |  |  | 2 |  | 215 | 204 | 151. |

*Movimento dei malati nel mese di Aprile 1900*

|         |                  |     |     |    |   |   |   |  |   |   |   |   |  |   |   |     |     |     |
|---------|------------------|-----|-----|----|---|---|---|--|---|---|---|---|--|---|---|-----|-----|-----|
| Appart. | Prov. di Ferrara | 188 | 190 | 13 | 7 | 6 | 5 |  | 4 | 1 | 1 | 1 |  | 1 | 3 | 192 | 184 | 457 |
|         | altre Provincie  | 27  | 14  | 1  |   | 1 |   |  |   |   |   |   |  | 1 |   | 27  | 18  | 731 |
|         |                  | 215 | 204 | 14 | 7 | 6 | 6 |  | 4 | 1 | 1 | 1 |  | 2 | 3 | 219 | 197 |     |

Direttore — R. TAMBRONI.

Redattori — CAPPELLETTI - FINZI - LAMBRANZI - VEDRANI.

impiegata nei

| lio    | Agosto |           |    |
|--------|--------|-----------|----|
| 70.—   | 19 L.  | 75.—      | 1  |
| 13.90  | 3      | 19.60     | 1  |
| 14.—   | 3      | 18.—      |    |
| 63.50  | 2      | 51.—      |    |
| 51.20  | 5      | 47.10     |    |
| —.—    | —      | —.—       |    |
| 7.90   | 1      | 10.—      |    |
| —50    | 2      | 22.50     |    |
| 53.—   | 2      | 68.—      |    |
|        | 12     |           | 12 |
|        | 49     |           | 48 |
| 274.—  |        | 311.20    |    |
| 34.60  | 7      | 26.45     | 11 |
| 7.92   | 6      | 23.10     | —  |
| 28.25  | 2      | 47.55     | 3  |
| —.—    | —      | —.—       | 1  |
| 151.90 | 21     | 190.65    | 17 |
| —.—    | —      | —.—       | —  |
| 235.20 | 22     | 228.13    | 24 |
|        | 17     |           | 17 |
|        | 75     |           | 73 |
| 457.87 |        | 515.88    |    |
| 731.87 |        | L. 827.08 |    |

*Movimento dei malati nel mese di Gennaio 1900*

|         |                  | Esistenti |     | Entrati |    | USCITI  |          |                    |                       |  |  |   |   | Morti |   | Rimasti |     |
|---------|------------------|-----------|-----|---------|----|---------|----------|--------------------|-----------------------|--|--|---|---|-------|---|---------|-----|
|         |                  | U         | D   | U       | D  | guariti | miglior. | non mi-<br>giorati | per non<br>ver. pazz. |  |  | U | D | U     | D | U       | D   |
| Appart. | Prov. di Ferrara | 196       | 181 | 10      | 9  | 2       | 2        |                    |                       |  |  |   |   | 7     | 4 | 197     | 184 |
|         | altre Provincie  | 27        | 12  |         | 2  |         |          |                    |                       |  |  |   |   | 1     |   | 26      | 14  |
|         |                  | 223       | 193 | 10      | 11 | 2       | 2        |                    |                       |  |  |   |   | 8     | 4 | 223     | 198 |

*Movimento dei malati nel mese di Febbraio 1900*

|         |                  |     |     |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |   |   |     |     |
|---------|------------------|-----|-----|---|---|---|--|---|---|---|--|--|--|---|---|-----|-----|
| Appart. | Prov. di Ferrara | 197 | 184 | 2 | 7 | 2 |  | 1 | 1 | 1 |  |  |  | 5 | 1 | 190 | 189 |
|         | altre Provincie  | 26  | 14  | 3 |   | 1 |  |   |   |   |  |  |  | 1 |   | 27  | 14  |
|         |                  | 223 | 198 | 5 | 7 | 3 |  | 1 | 1 | 1 |  |  |  | 6 | 1 | 217 | 203 |

*Movimento dei malati nel mese di Marzo 1900*

|         |                  |     |     |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |   |  |     |     |
|---------|------------------|-----|-----|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|---|--|-----|-----|
| Appart. | Prov. di Ferrara | 190 | 189 | 7 | 4 | 4 | 1 | 1 | 2 | 2 |  |  |  | 2 |  | 188 | 190 |
|         | altre Provincie  | 27  | 14  |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |   |  | 27  | 14  |
|         |                  | 217 | 203 | 7 | 4 | 4 | 1 | 1 | 2 | 2 |  |  |  | 2 |  | 215 | 204 |

*Movimento dei malati nel mese di Aprile 1900*

|         |                  |     |     |    |   |   |   |  |   |   |   |   |  |   |   |     |     |
|---------|------------------|-----|-----|----|---|---|---|--|---|---|---|---|--|---|---|-----|-----|
| Appart. | Prov. di Ferrara | 188 | 190 | 13 | 7 | 6 | 5 |  | 4 | 1 | 1 | 1 |  | 1 | 3 | 192 | 184 |
|         | altre Provincie  | 27  | 14  | 1  |   |   | 1 |  |   |   |   |   |  | 1 |   | 27  | 18  |
|         |                  | 215 | 204 | 14 | 7 | 6 | 6 |  | 4 | 1 | 1 | 1 |  | 2 | 3 | 219 | 197 |

Direttore — R. TAMBRONI.

Redattori — CAPPELLETTI - FINZI - LAMBRANZI - VEDRANI.







**Annata XXVIII**

---

**BOLLETTINO**  
DEL  
**Manicomio Provinciale di Ferrara**



**FERRARA**  
Tipografia dell' Eridano  
1900



## INDICE DELL'ANNATA XXVIII



- Vedrani. Considerazioni sopra un caso di psicosi consecutiva a trauma al capo, pag. 3.
- Vedrani. Per la diagnosi e la prognosi delle malattie mentali, pag. 18.
- Finzi. Sopra i così detti « comparti d'osservazione », pag. 40.
- Tonoli. Dalla clinoterapia nelle malattie mentali, pag. 55.
- Lambranzi. La sieroterapia fisiologica nella pratica psichiatrica, pag. 89.
- Vedrani. Sulle psicosi da tifo, pag. 120.
- Lui. Paralisi generale consecutiva a trauma al capo, pag. 133.
- Finzi. La psichiatria del Wernicke, pag. 151.
- Cruciani. Contributo allo studio della peritonite isterica, pag. 174.
- Vedrani. Per la diagnosi e la prognosi delle malattie mentali, pag. 181.





Anno XXVIII

Fasc. III.

---

**BOLLETTINO**  
DEL  
**MANICOMIO PROVINCIALE DI FERRARA**



**FERRARA**  
Tipografia dell' Eridano  
1900





## **La sieroterapia fisiologica nella pratica psichiatrica**

del Dottor **Ruggiero Lambranzi**

Che l'infezione e l'intossicazione abbiano una singolare influenza nella etiologia e nel decorso di alcuni stati psicopatici e neuropatici è oggimai conoscenza comune, che non ha d'uopo d'illustrazione e di commento. Anche se la scienza sperimentale nel nobile tentativo di risalire a la origine dei processi morbosi non è stata sempre confortata da la vittoria, la clinica non ha più dubbî per classificare quegli stati abnormi che s'aggirano intorno a la gravissima sindrome del così detto delirio acuto o travolgono la psiche del miserabile pellagroso. E se qui vi ha dissidio nel decretare autonomia al quadro sintomatico del delirio acuto o della frenosi pellagrosa, nessuno pone dubbio che un intossicamento primitivo o secondario sia cagione fondamentale dello stato patologico somatico e psichico. Così pure si ha ormai assoluta certezza di avvelenamenti episodici dell'organismo — e massimamente in danno del sistema nervoso — nella epilessia e nel decorso di stati maniacali e depressivi; avvelenamenti dovuti in gran parte a processi di autointossicazione.

L'importanza pratica di queste conoscenze è subito stabilita quando si pensi che esse possono insegnare il provvedimento terapeutico, il quale sia indirizzato a combattere od attenuare una almeno delle cause più tangibili di alcune malattie mentali o di una delle loro eventuali complicanze.

Fra i molti mezzi curativi appresi da la terapia delle malattie infettive comuni: bagni, impacchi, antisepsi intestinale, cardiotonici ecc., uno dei più recenti introdotti nell'uso manicomiale — almeno fuori d'Italia — è quello della sieroterapia con la soluzione fisiologica di cloruro di sodio.

Come si sa, questo metodo di cura è tenuto da molto tempo in gran conto nella chirurgia per combattere le anemie acute da emorragia (Joliet e Lafont, Kronecker ecc.) ed a gli oste-

trici ha giovato in casi di eclampsia delle gravide (Porak e Bernheim, Caillaud ecc.); nel concetto di portare un vero e proprio lavaggio dell'organismo e vincere le infezioni fu usato con minore o maggior vantaggio: nel colera (Cantani, Sahli, Maragliano ecc.), in un caso di endocardite (Dalchè), in uno di angina con infezione polmonare (Bosc), in uno di rabbia (Reclus), in due di ittero grave (Fourmeaux, Cury), in due di tetano (Tuffier<sup>1</sup>); nella Clinica di Montpellier Bosc e Vedel<sup>2</sup>, Tremoulet<sup>3</sup>, Tantinoff<sup>4</sup>, Étable<sup>5</sup>, curarono 22 casi di setticoemia, colera, polmonite, tifo ed ebbero il 60% di guarigioni; l'anno scorso Lehnartz<sup>6</sup> comunicò risultati favorevoli nella cura di tifosi, pneumonici e in forme gravi di diarrea infettiva e Giglioli e Calvo<sup>7</sup> nella Clinica di Firenze sperimentarono l'ipodermoclisi su 18 casi di tifo addominale ma ottenendo risultati mediocri; casi di dissenteria, di difterite, di anuria alcoolica, di apoplezia con ipotensione arteriosa, di scottature estese e di varie dermatopatie, di infezioni intestinali nei lattanti, di pneumonite furono inoltre curati da Bosc e Vedel, da Dastre e Loye, da Enriquez e Hallion, da Dumont, da Grasset, da Tommasoli, da Barbier, da Galvagni e da Koranyi<sup>8</sup> e con diverso successo.

Il primo ad usare le iniezioni di siero fisiologico nella terapia delle malattie mentali fu Ilberg<sup>9</sup> nel 1892; egli nella clinica psichiatrica di Heidelberg sperimentò su un caso di paranoia, uno di melancolia, due di frenosi maniaco-depressiva, uno di delirio collasso e uno di amenza; tutti gl'infermi erano sitofobi e in quelli nei quali la sitofobia non era sostenuta ostinatamente da idee deliranti essa fu subito vinta, migliorarono inoltre le condizioni generali e si riebbero o si sostennero le forze.

Lehmann<sup>10</sup> le usò poi nel 1893 in 4 casi di melancolia con stupore; scomparve la sitofobia; nel 1.º e nel 4.º caso (finito con la morte) parve che le iniezioni, oltre che mantenere le forze, vincessero anche nell'un caso e protraessero nell'altro l'esito finale; il Lehmann dice anche che da tal cura trasse un notevole miglioramento la stessa sintomatologia psichica.

Mairet e Vires<sup>11</sup> - dei quali non ho potuto conoscere il lavoro originale - sembra che non abbiano avuto alcun risultato apprezzabile praticando nel 1896 la sieroterapia artificiale in maniaci, epilettici e lipemaniaci.

Charron e Briche <sup>12</sup> l'anno dopo sperimentarono su 8 epiletici e poichè avevano prima osservato che durante l'accesso convulsivo è diminuita l'alcalescenza del sangue, fecero iniezioni di soluzione al 0.75 % di ClNa con aggiunta di bicarbonato di soda; ma gli A. A. ottennero effetti assolutamente contrari a quelli attesi, poichè aumentò la frequenza degli accessi convulsivi e le condizioni generali degli infermi peggiorarono. Invece Claus <sup>13</sup> (1898) dice di aver avuto qualche risultato incoraggiante in alcuni di tali infermi con ipodermoclisi di siero fisiologico puro.

De Boeck <sup>14</sup> (1898), partigiano della origine tossica delle psicosi in generale e della confusione mentale in particolare, ritiene indicata questa cura da usare metodicamente e crede che possa dare anche buoni effetti nella sitofobia degli alienati; in appoggio a queste sue vedute porta parecchie osservazioni nelle quali l'uso delle iniezioni fu seguito da buoni risultati.

Cullerre <sup>15</sup> (1899) fece l'ipodermoclisi in un caso di psicosi post-infettiva (da influenza), in due casi di confusione mentale, uno dei quali con gravi sintomi d'autointossicazione, un caso di melancolia ansiosa, uno di demenza, ed uno di psicosi uremica; solo il 1.° ed il 6.° caso ebbero esito infausto.

In ultimo Jaquin <sup>16</sup> (1900) riporta - oltre quelli riassunti di Cullerre - un caso di Feuillade <sup>17</sup> e tre personali; quello di Feuillade tratta d'un delirio febbrile (nel corso d'un tifo) durante il quale le iniezioni di siero fisiologico, addizionato con gr. 0,75 - 1 di Caffaina  $\frac{0}{\infty}$ , parvero vincere uno stato minaccioso di collasso; nelle osservazioni personali si trovano: un caso di psicosi post-infettiva (da influenza), un caso d'alcoolismo, uno di frenosi ipocondriaca, che con quattro iniezioni ciascuno migliorarono dei sintomi somatici e psichici. Tanto nei casi di Cullerre che in quelli di Jaquin si usarono associati a le ipodermoclisi altri medicamenti: purgativi salini e vegetali, benzonaftolo, salicilato di magnesina ecc.; la dieta fu quasi sempre rigorosamente lattea.

Nella maggior parte di questi studî fatti su malati di mente subito si rileva e si deplora una tendenza a concludere in modo assoluto e precipitoso con l'appoggio di un numero limitatissimo o insufficiente di osservazioni; in Lehmann e Jaquin, dove il difetto è più evidente, vediamo che l'uno da la cura di quattro melancolici stuporosi (probabilmente stati di arresto psico-motorio

in forme maniaco-depressive) trae singolare augurio per combattere sitofobia, esaurimento fisico e sintomi psichici; l'altro con soli tre casi personali è ugualmente ottimista, e noi non sapremmo spiegarcene la ragione - specie quando vediamo che i suoi infermi sono stati curati, oltre che con l'ipodermoclisi, anche con purgativi, antisettici intestinali ecc. - se l'Autore non giustificasse la sua pubblicazione riassumendo i casi di Feuillade e di Cullerre. Qui tuttavia è a notare che pure nei casi di Cullerre lo studio sul valore della ipodermoclisi nella terapia psichiatrica non è chiaro, apparendo la sua azione confusa insieme a quella di altri medicamenti prescritti a gl'infermi; e il successo di Feuillade nel sostenere le forze di un infermo minacciato da collasso è spiegato abbastanza da l'azione della caffeina senza ricorrere a quella del siero.

Ciò che giustifica il tentativo d'applicare la sieroterapia fisiologica in alcune forme di malattia mentale, in quelle appunto dove l'infezione o l'intossicazione sono a fondamento di tutta la forma morbosa o di un episodio di essa, è dunque, più assai che la conoscenza dei tentativi e degli altrui risultati, la razionalità che si dimostra d'un tal metodo di cura.

Appunto studi vecchi e recenti hanno stabilito che, ovunque circoli come che sia una sostanza tossica nell'organismo, l'iniezione (endovenosa, ipodermica ecc.) di Cl Na al 0,75 % impedisce l'assorbimento del veleno aumentando la pressione sanguigna (Magendie, Cl. Bernard), diluisce i materiali tossici aumentando la quantità dell'umore circolante (Sanarelli e Sanquirico<sup>18</sup>, Dastre e Loye<sup>19</sup>, ecc.), facilita la eliminazione di essi provocando la diuresi e la diaforesi (Roger), stimola la vitalità dell'organismo aumentando il potere di resistenza delle emazie (Maccini<sup>20</sup>), provocando maggiori movimenti nei leucociti e però più efficace attività fagocitica (Bosc e Vedel<sup>21</sup>), attenuando il potere globulicida del siero (aumentato nelle infezioni) e con ciò portando riduzione dell'emolisi (Bosc e Vedel).

Tutti questi fatti raccolti da le ricerche fisiopatologiche di laboratorio, che hanno indotto a larghe e serie esperienze nella clinica generale, hanno me pure mosso a questo studio.

Ho osservato 11 malati e qui riporto nel modo più breve che mi è possibile le loro storie e i diari.

Oss. I. — C. R. donna di 32 anni, contadina, ricoverata il 30 Aprile 1899 per *frenosi pellagrosa*: alta di statura, regolare di scheletro, bellissima di forme, sebbene scaduta molto nella nutrizione. Grave stato di eccitamento e confusione ideativa. Non presenta nulla di notevole a l'esame degli organi del respiro e del circolo; il 5 Maggio si cominciano a notare fenomeni spastici diffusi massimamente ai muscoli degli arti superiori, movimenti atetosici delle dita, carpologia, aumento dei riflessi tendinei; decubito sacrale, temperatura sub-febbrile. Esami delle urine: quantità media cm.<sup>3</sup> 650, densità 1037 - 39, colore marsala, trasp. leggermente torbida, aumento d'urati, tracce d'albumina.

7 Maggio 1899 — Ore 15: T 37, 5, P 108, R 20; si fa una iniezione di 300 cm.<sup>3</sup> di soluzione fisiologica di Cl Na in corrispondenza della coscia destra; l'inferma non dà segno alcuno di molestia.

Ore 15, 25 fine dell'iniezione: T 37, 5, P 96, R 20.

- 16 T 38
- 17 • 38, 5 - L'inferma emette 100 cm.<sup>3</sup> d'urina con i soliti caratteri.
- 18 • 38, 5.
- 19 • 38, 6.
- 20 • 38, 6.
- 21 • 37, 9.
- 22 • 37, 5.

8 Maggio — Nella 2.<sup>a</sup> metà della notte l'inferma ha perduto le urine in letto. Ore 2 - 10 T 37, 3 - 37, 5; ha emesso urina due volte nel mattino; la quantità che si è potuta raccogliere nelle 24 ore è di cm.<sup>3</sup> 230, colore ambra, trasp. leggermente torbida, densità 1034, tracce d'albumina.

Ore 14 1½ iniezione di 400 cm.<sup>3</sup>; prima della iniezione: P 100 R 24 T 38, 5; durante l'iniezione si notano nell'inferma: volto congesto, sopore, respirazione un po' frequente, ma profonda.

Ore 15 1½ T 38, 9 P 120 R 26.

- 16 1½ • 39, 2 P 118 R 28.
- 17 1½ • 39, 2 P 104 R 27 - suda molto.
- 18 1½ • 39 P 104 R 27.
- 19 1½ - 21 1½ T 38, 5 P 100 R 26.
- 22 1½ T 38. Perde abbondantemente fecci e urina in letto.
- 24 T 37, 5.

9 Maggio — Ore 8 T 37, 1; nella 2. parte della notte ha perduto urina in letto. Esame dell'urina raccolta al mattino: Quantità cm.<sup>3</sup> 150, colore ambra, trasp. leggermente torbida, densità 1034, albumina aumentata; esame del sedimento: negativo.

La temperatura tende a crescere: Ore 10 T 38, Ore 14 T 40.

Ore 15 T 39, 7; iniezione di 600 cm.<sup>3</sup> eseguita in 35 minuti; durante l'iniezione la temperatura sale a 40; subito dopo l'iniez. scende a 39, 8, il polso ha la frequenza di 132, è piccolo, molto compressibile, R 32.

Ore 16 - 17 T 39, 5.

Ore 18 - 22 T 40. Durante la notte la temperatura oscilla intorno a questa altezza; l'inferma è abbastanza quieta, urina tre volte copiosamente in letto.

10 Maggio — Ore 8 T 39. Si raccolgono cm.<sup>3</sup> 150 d'urina: densità 1033, gli altri caratteri immutati.

L'esame dell'alcanità del sangue avendo dimostrato un grado molto minore della norma, a le ore 14 si fa una iniezione di 1000 cm.<sup>3</sup> (500 per coscia) con aggiunta di gr. 4 di Bicarbonato di Na (proporzione adottata da Galvagni <sup>22</sup>) nella cura della polmonite cruposa con iniezioni endovenose di siero fisiologico).

T prima della iniezione 39, 7 P 130 R 32.

• durante la • 39, 5 - 39, 8 P 130 R 32.

• dopo • 39, 7 P 122 R 30.

La temperatura si è mantenuta nella notte sempre alta; le condizioni fisiche della inferma sono gravissime; lo stato spastico delle membra è sempre invariato, pure sempre invariato lo stato psichico; l'alimentazione liquida sempre abbastanza facile.

11 Maggio — La temperatura oscilla nel mattino intorno a 39, 5 - 39, 7. Non si sono potute raccogliere urine; la diuresi notturna fu abbondante. Dopo il mezzogiorno la febbre sale rapidamente; a le ore 14,30 T 42, 5. Morte a le 19 con T 41, 5.

*Esame necroscopico* — Non dimostra di notevole che segni d'iperemia attiva meningea, cerebrale e renale.

Oss. II. — M. B. donna di 50 anni, contadina, ricoverata il giorno 1 Maggio 1899 per *frenosi pellagrosa*. È di media statura, di scheletro regolare, in istato di nutrizione scadente. Sistema resp.: suono lievemente alto in corrispondenza dell'apice polmonare sinistro anteriormente, nessun fatto d'ascoltazione. Sistema cardiovascolare normale. Sistema nervoso. Motilità: resistenza lieve di tutti gli arti ai movimenti passivi, aumento dei riflessi tendinei; sensibilità integra. Psiche: rallentamento ideativo, disorientamento parziale. L'inferma mangia abbastanza facilmente, non perde fecci e urine. Dal 1 al 4 Maggio temperatura subfebrile. Esame delle urine: Quantità media cm.<sup>3</sup> 700, densità 1031, colore ambra, trasparenza leggermente torbida, albumina, zucchero no.

6 Maggio 1899 — Ore 15 T 36,5. P 80, R 18; iniezione di 100 cm.<sup>3</sup> nella regione inguino-crurale sinistra, sopportata tranquillamente. Dopo 2 ore l'inferma emette 220 cm.<sup>3</sup> d'urina che ha caratteri uguali a quella dei precedenti esami.

Nessuna reazione febbrile.

7 Maggio — Ore 8 T 36,9; quantità d'urina dopo 24 ore da la iniezione cm.<sup>3</sup> 710, colore ambra, trasparenza chiara, densità 1026. T serale 36,9.

8 Maggio — Ore 8 T 36,5; urina: quantità cm.<sup>3</sup> 600, densità 1027. Alle ore 14 iniez. di 250 cm.<sup>3</sup> di siero artificiale. In principio l'inferma avverte senso molesto di freddo, poi più nulla. Nessuna reazione febbrile, 24 ore dopo la urina raccolta è cm.<sup>3</sup> 800, densità 1025.

Le condizioni generali dell'inferma sono in complesso migliorate dai giorni precedenti, mangia con appetito; lo stato psichico è rimasto invariato.

Oss. III. — S. G. bracciante di 55 anni, ricoverato il 7 Aprile 1899 per *frenosi pellaerosa*; recidivo dopo 7 anni. Uomo di scheletro forte, muscoli abbastanza sviluppati, adipe scarsissimo; eritema caratteristico al dorso delle mani. Enfisema dei bordi polmonari anteriori, toni cardiaci nascosti. Viene in istato di estrema confusione mentale e assai debole di forze. Migliora presto con l'alimentazione sufficiente, ma va soggetto ad episodi di eccitamento e disordine psico-motorio intensi durante i quali si butta a terra, si lamenta, grida, ha allucinazioni cenestesiche svariate, congiuntiva iniettata, scialorrea, stipsi. Da uno di questi episodi intercorrenti fu preso il giorno 16 Maggio. Urina: quantità cm.<sup>3</sup> 1000, colore marsala, trasparenza chiara, densità 1035, albumina, zucchero no.

17 Maggio 1899 — Ore 15 T 37,2 P 68 R 20; iniezione di 500 cm.<sup>3</sup> compiuta in 12 minuti. L'infermo non ha accusato dolore altro che a la infissione dell'ago.

Ore 16 T 37,3 P 68 R 20.

- 17-18 T 37,3.
- 19 T 37,5.
- 20 • 37,8 Nella sera e nella notte ha sudato molto, dermito tranquillamente, emesso 1200 cm.<sup>3</sup> d'urina.
- 21 • 37,9
- 22 • 37,5.
- 23 • 37,3.
- 24 • 37.

18 Maggio — Ore 8 T 37,2. L'infermo è molto meno eccitato e disordinato d'ieri; ha molta sete e beve molto. Totale dell'urina di 24 ore cm.<sup>3</sup> 2200, colore citrino, trasp. limpida, densità 1015.

Ore 14 1/2 T 37,5, iniezione di 500 cm.<sup>3</sup>

- 15 1/2 T 36,9.
- 17-18 T 36,5. Nella notte ha sudato discretamente, emesso cm.<sup>3</sup>
- 19 T 37,6 P 72 R 29. 5000 di urina.
- 20-22-23 T 37,7.
- 24 T 36,9.

19 Maggio — L'infermo è psichicamente ordinato; ha sempre molta sete e beve molto. Urina: quantità cm.<sup>3</sup> 5000, trasp. limpida, color citrino, densità 1011. Temp. serale 36,7.

20, 21, 22, 23, 24 Maggio — Le condizioni psichiche sono sempre ri-

maste buone. In questi giorni l'infermo ha sempre bevuto da 2 a 3 litri d'acqua, perchè accusava molta sete; la poliuria ha persistito e la quantità d'urina raccolta ogni 24 ore fu di cm.<sup>3</sup> 3300, 3500, 5000, 2250, 5000; la densità variò da 1007 a 1012; il colore fu sempre citrino; l'urina a pena emessa aveva sempre reazione acida, trasp. limpida, ma dopo alcun tempo - e però sempre l'urina notturna - dava reazione spiccatamente alcalina (NH<sup>3</sup>) ed era torbida; i fosfati, gli urati furono sempre relativamente scarsi, assolutamente un po' aumentati; normale sempre la creatinina; l'albumina, lo zucchero, l'acetone, l'indicano non furono mai riscontrati. L'infermo non accusava nessun malessere fisico.

25 *Maggio*. Cessa la poliuria.

L'infermo per richiesta della famiglia fu rilasciato il 2 di Luglio, ma fu poi ricoverato nuovamente il giorno 4 dello stesso mese, perchè aveva dato subito segno di disordine mentale. Ora è sempre quieto e buono, dimostra indebolimento mentale; le condizioni somatiche sono discrete.

Oss. IV. — C. E. falegname di 17 anni, *epilettico*, fu ricoverato il 20 Agosto 1898. Va soggetto ad accessi convulsivi molto frequenti; è di costituzione molto gracile. Il giorno 16 e 17 Maggio del 1899 gli accessi si ripeterono spesso così da lasciargli brevissime tregue e da costituire un vero stato di male.

18 *Maggio* — L'infermo è in istato soporoso, a intervalli di 1½ - 1 ora si avvertono contrazioni toniche diffuse che durano pochi minuti; reagisce lievemente a gli stimoli dolorosi, non parla, non mangia da 2 giorni; la temperatura è subfebbrile.

Ore 15 1½ T 37,5 P 108 R 20; iniez. di 500 cm.<sup>3</sup> di siero.

- 16 T 38.
- 17 • 38,8 P 122 R 20.
- 18 • 38,7. Urina abbondantemente in letto.
- 19 • 38,2
- 20 • 38,3.
- 21-22-23 T 38,2.
- 24 T 37,4.

19 *Maggio* -- Lo stato soporoso continua, ma molto meno intenso; l'infermo, chiamato, drizza il capo, volge lo sguardo come a risposta. Non si avvertono contrazioni toniche o cloniche dei muscoli. Nel pomeriggio dice qualche parola, mangia qualche cibo. La temperatura oscilla fra 36,8 e 37,2 P 76 R 17.

20 *Maggio* — Condizioni migliorate.

Oss. V. — N. F. gastaldo, ricoverato il 6 Aprile 1899 per *frenosi maniaco-depressiva*. Uomo di 58 anni, di costituzione fisica vigorosa; era triste



d'umore e si lamentava d'un senso di debolezza generale, di anormali sensazioni gastro-intestinali; più tardi accusò: senso di bolo a la gola, cefalea, senso di tensione nervosa e muscolare, cardiopalmo (subbiettivo) e dolori a la regione cardiaca; era stiduciato della propria salute, smanioso, insofferente, insonne, sempre depresso, preoccupato, malcontento. Il 18 Maggio cadde in uno stato ansioso: irrequietezza, continuo lagno, espressione d'angoscia, agitazione motoria, parola tronca, sconnessa, confusa, volto congesto, congiuntiva oculare iniettata; nessuna remissione a le esortazioni di calmarsi; inappetenza che, col perdurare dello stato anormale, divenne presto sitofobia. La sera del 21 fu posto a letto e fu fatta una iniezione di morfina; la mattina dopo era calmo, fu alzato, prese cibo, disse di sentirsi meglio. Il 23 si ripeté la crisi forse più intensa di prima; una iniezione di morfina portò la calma per alcune ore, ma verso sera l'infermo ricadde; una nuova iniezione non riuscì a vincere l'insonnia notturna. Temp. subfebbrile; urine: quantità media di 24 ore cm.<sup>3</sup> 500, colore ambra, reaz. acida, trasparenze chiara, albumina e zucchero no, fosfati abbondanti, creatinina reaz. normale, acetone reaz. molto spiccata, densità 1033.

24 Maggio 1899 — Ore 15 T 38,4 P 76 R 19; iniez. di 450 cm.<sup>3</sup> in 17 minuti; l'infermo durante l'iniezione accusa un leggero senso di sete.

Ore 15 1/2 T 38,3 P 72 R 17.

- 16 ' 38,3.
- 17 » 37,5, scarica alvina provocata da clistere stimolante.
- 18 » 37, 1.
- 19 » 36,9.
- 20 » 36,7.
- 21 » 36,9 - emette cm.<sup>3</sup> 250 d'urina.
- 23 emette cm.<sup>3</sup> 270 d'urina.

25 Maggio — Immutato lo stato fisico e psichico del paziente; lingua impaniata, alito fetido; in tutto il giorno prende solo e forzatamente una tazzina di caffè e latte; quantità dell'urina in 24 ore cm.<sup>3</sup> 750, caratteri invariati.

Ore 8 T 38,1 Ore 12 T 38,2.

- 15 T 37,7 P 82 R 28; iniez. di 600 cm.<sup>3</sup> in 20,<sup>1</sup> sopportata con calma.
- 15 1/2 T 37,2 P 80 R 26.
- 16 1/2 » 36,6.
- 17 1/2 » 37,7 - vomita un po' di liquido verdastro.
- 18 1/2-21 T 37,8.
- 22-24 T 37,6.

26 Maggio — Ore 8 T 38. Stato analogo a quello d'ieri; urine di 24 ore: cm.<sup>3</sup> 500, caratteri soliti, la densità è solo leggermente aumentata, 1034. Beve in tutto il giorno circa 1 1/2 litro di latte e forzatamente.

Ore 15 T 37,5 P 86 R 28; iniezione di cm.<sup>3</sup> 500 in 15 minuti.

• 15 1½ T 37,3 P 80 R 25, non si ha alcuna reazione febbrile.

27 *Maggio* — L' infermo ha per la prima volta dormito tutta notte; è sempre molto depresso, risponde a fatica e con voce fioca; sta con gli occhi semi-chiusi. T 37; urina raccolta in 24 ore cm.<sup>3</sup> 430, densità 1036. Temperatura serale 37,5.

28 *Maggio* — L' infermo è più smanioso d' ieri, il mattino si stenta assai a fargli bere il latte e l' acqua; si lagna continuamente come per timore di soffocazione e morte, ogni suo atto esprime il terrore d' una rovina fisica. Al pomeriggio mangia cibi solidi abbastanza facilmente. Quantità d' urina raccolta in 24 ore cm.<sup>3</sup> 500, densità 1035. T 37-37,5.

29 *Maggio* — Stato generale invariato, mangia con più facilità del solito. Apiresi.

Urina di 24 ore: cm.<sup>3</sup> 600, densità 1035, trasp. torbida per urati, sedimentum lateritium, gli altri caratteri invariati. Si prova la tossicità col metodo di Bouchard <sup>23)</sup> e si trova maggiore della norma.

Ore 15 T 36,8; iniezione di 600 cm.<sup>3</sup> di siero. Nessuna reazione febbrile.

30 *Maggio* — Nulla di notevole. Urina: quantità cm.<sup>3</sup> 380, densità 1035; per la 1.<sup>a</sup> volta si nota scomparsa dell' acetone; tossicità un po' maggiore della norma.

31 *Maggio* — Miglioramento dello stato fisico e psichico; non esiste più così spiccato lo stato ansioso e l' alimentazione è all' incirca normale; urina: quantità cm.<sup>3</sup> 400, densità 1037.

1, 2, 3 *Giugno* — Le condizioni psichiche e fisiche sono tornate a la norma abituale anteriore alla crisi ansiosa; la diuresi è aumentata (1000, 1300, 1500) ed è diminuito il peso specifico (1028, 1015, 1016) e l' emissione dei fosfati e degli urati; la tossicità provata il 1.<sup>o</sup> Giugno è circa uguale a la norma.

Oss. VI. — V. M. bracciante ricoverato il 25 Maggio 1899 per *frenosi pellagrosa*. Uomo di 58 anni, di media statura, scheletro forte, muscoli ipotrofici, adipe scarso; colorito della cute bruno intenso; segni di eritema progressivo al collo (pigmentazione) e al dorso delle mani (desquamazione). Paralisi psichica interrotta a momenti da espressioni di disordine e confusione ideativa; allora susurra o grida in modo tumultuario parole sconnesse. Debolezza fisica generale. Il 2 Giugno si osservano movimenti a scosse aritmiche, irregolari dei muscoli mimici, atassia degli arti sup., spasmo, carpolgia; lieve spasmo, resistenza passiva, ai movimenti degli arti inf.; dei riflessi solo esagerati i tricipitali. Alimentazione sempre facile; stipsi, oliguria (ha sempre perduto le urine in letto); temperatura oscillante fra 37,5 e 37,7.

4 *Giugno 1899* — Ore 15 1½ T 37,9 P 104, R 22; iniez. di 600 cm.<sup>3</sup> di siero.

Ore 16 T 37,7, P 108, R 22.

- 17 • 37,7.
- 19 • 37,9.
- 20 • 38.
- 21 • 38. Ha urinato abbondantemente a letto.
- 22-23 T 37,8.

5 *Giugno* — Paralisi psichica; depressione generale notevole.

Ore 1-7 T 36,6 - 36,9.

- 0-20 T 37,9 - 38,5, P 104 - 110.

6 *Giugno* — Notevole disturbo psichico, difficoltà di espressione, tuttavia appare un risveglio parziale di coscienza; condizioni generali migliori. Apiresi.

7 *Giugno* — A le ore 15 iniezione di 600 cm.<sup>3</sup> di siero in 15 minuti. Nessuna reazione febbrile, urinazione copiosa in letto.

8 *Giugno* — Difficoltà di espressione, ma senza disturbo di coscienza; esiste un po' di resistenza muscolare ma senza spasmo evidente, non si notano movimenti muscolari abnormi. Diuresi abbondante. Temp. 30,8, 37,5.

9 *Giugno* — Condizioni fisiche e psichiche immutate; apiresi. L'infermo durò in questo stato più d'un mese, non acquistando mai forza per reggersi in piedi, nè migliorando maggiormente dello stato psichico. Nella 2.<sup>a</sup> quindicina di Luglio si pronunciò un indebolimento progressivo delle forze, inappetenza ecc.; fatti d'ipostasi polmonare, di catarro bronchiale subacuto; sopraggiunse poi rapidamente una temperatura elevata e l'infermo morì il 23 Luglio.

*Esame necroscopico*: catarro bronchiale diffuso, ipostasi polmonare, segni di degenerazione grassa del fegato e del cuore.

Oss. VII. -- V. A. calzolaio, ricoverato il 3 Maggio 1890 per *frenosi pellagrosa*. Era in preda a grave eccitamento e confusione ideativa; nessun fenomeno somatico degno di nota; in 8 giorni la psiche si riordinò.

Il 1.<sup>o</sup> *Giugno* si manifestò un eritema attivo a la fronte e al dorso delle mani, che dava all'infermo grande prurito; il 6 *Giugno* l'eritema semplice era divenuto vescicolare e bolloso; scialorrea copiosissima. Insieme a ciò qualche fenomeno di disordine mentale. T 37,5, 37,7; urina: quantità media cm.<sup>3</sup> 1000, ricca d'urati e di fosfati, densità 1028.

8 *Giugno* 1899 — Ore 17 T 37,8; iniezione di 600 cm.<sup>3</sup> in 12 minuti. Temp. subito dopo l'iniezione 36,7.

Ore 16 T 38,3.

- 22 • 39, emette 200 cm.<sup>3</sup> d'urina.
- 23 • 38,3.
- 24 • 37,5.

9 *Giugno* — Condizioni generali invariate. Urina di 24 ore cm.<sup>3</sup> 700, caratteri soliti. T 37,2 - 38.

10 *Giugno* — Condizioni generali invariate. Urina di 24 ore, cm.<sup>3</sup> 670, caratteri soliti. T 36,5 - 36,8.

Ore 15 1/2 T 36,9; iniezione di 600 cm.<sup>3</sup> di siero in 15 minuti.

• 16 T 36,9.

• 17 • 37,1.

• 19 • 37,9.

• 21 • 38,2.

• 23 • 38,2. Emette 500 cm.<sup>3</sup> d'urina.

11 *Giugno* — Ore 8 T 37,1. Condizioni generali invariate. Urina di 24 ore cm.<sup>3</sup> 580 (ne ha perduta evacuando due volte l'alvo di fecci semi-liquide), caratteri soliti, densità 1027. Temp. 37,1 - 37,5.

12 *Giugno* — L'eritema, che è stato curato anche localmente, è migliorato assai; la scialorrea è un po' diminuita; le condizioni di mente sono invariate. Urina, quantità cm.<sup>3</sup> 1000, caratteri soliti, densità 1025; temperatura 36,8 - 37,2.

L'infermo stette in simili condizioni fino al 20 Giugno sempre a letto; in quel giorno fu colpito da emiplegia sinistra (diagnosi di emorragia cerebrale intracapsulare); morì in coma il 25 Giugno.

*Esame necroscopico*: edema della sostanza cerebrale e dei ventricoli; focolaio di rammollimento rosso in corrispondenza del corpo opto-striato destro, che distrugge tutta la porzione posteriore della capsula interna e si estende al nucleo lenticolare e - per breve spazio - al talamo ottico.

Oss. VIII. — F. A. operaio ricoverato il 6 Aprile 1900 per *frenosi pella-grosa*. È un individuo di 37 anni, di costituzione fisica regolare, molto emaciato, debole. Presenta un moderato disordine intellettuale, non è disorientato. Sta in condizioni abbastanza buone con la cura alimentare fino al 25 Aprile; allora viene colto da diarrea colliquativa (che cessa solo il giorno 9 Maggio) con elevazione febbrile e si accentua il disordine mentale; il 6 Maggio entrano in scena i fenomeni spastici di triste augurio della pella-gra, che s'aggravano e si generalizzano rapidamente nei giorni 7 ed 8: opistotono cervicale e dorsale, trisma, riso spastico, guizzi nei muscoli del volto, scosse cloniche in tutti gli arti, resistenza a tutti i movimenti passivi, esagerazione dei riflessi, iperestesia sensitiva e sensoriale, insonnia. L'infermo perde sempre le urine in letto. Alimentazione liquida (1. 2 di latte, 2 brodi con 4 uova, 100 gr. di caffè, 500 di limonea cloridrica) abbastanza facile.

8 *Maggio 1900* — Ore 15 3/4, T 36,7; iniezione di 500 cm.<sup>3</sup> di siero.

Ore 16 T 37,8.

• 17 • 37,6.

• 18 • 37,8.

• 19-24 T 37 - 37,2. Nella notte suda e perde molta urina in letto.

9 Maggio — Stato invariato; ore 15 T 37,4, iniezione di 500 cm.<sup>3</sup> di siero. Ore 16 T 37,6.

• 17 • 37,8.

• 18 • 37,5. Suda e urina abbondantemente.

10 Maggio — Ore 15 T 37,7; iniez. di 500 cm.<sup>3</sup>; ore 16 T 37,3, scarica alvina di diarrea fetida.

Ore 18 T 37,7.

• 20 • 37,5.

11 Maggio — Nella notte ha urinato e sudato molto.

Ore 14 T 38,7; ore 16 T 38,6; iniezione di 1000 cm.<sup>3</sup> (500 per coscia); a la fine dell' iniezione T 38,6; nessun aumento ulteriore di temperatura.

12 Maggio — Ore 7 T 37,9; un clistere salino provoca tre scariche alvine.

Ore 14 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> T 37,9 P 98; iniez. di 1000 cm.<sup>3</sup> in 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ora.

• 15-16 • 37,6 P 96.

• 17 • 37,7. Urina e suda molto (e ciò avviene ogni notte per tutto

• 18-19 • 37,8. il tempo della cura).

13 Maggio — I soliti fenomeni spastici permangono; il disordine psichico è forse maggiore, l' infermo è in preda spesso ad allucinazioni visive; euforia.

Ore 15 T 37,3 P 96; iniezione di 500 cm.<sup>3</sup>

• 15 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-17 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> T 37,1 P 92.

• 18 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-20 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> • 37,5.

14 Maggio — Lieve attenuazione dei sintomi spastici; si osserva che l' infermo resta sempre coperto e non iscompiglia i lenzuoli con le scosse spastiche e atassiche delle braccia e con la carpologia; sembra meno confuso. T 37 - 37,6.

15 Maggio — Ore 7 T 37,9.

Ore 15 T 38,2; iniez. di 1000 cm.<sup>3</sup>

• 15 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-16 T 38,5.

• 17-19 T 38,7. Su la sera i fenomeni spastici sono aumentati e si pratica una iniezione di morfina.

16 Maggio — Stato spastico peggiorato; opistotono cervicale continuo; a le ore 10 si fa una iniez. di morfina che non dà alcun risultato benefico.

Ore 16 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> T 40,9 P 134 (con lo stetoscopio, perchè le contrazioni frequenti d'ogni muscolo, impediscono la numerazione delle pulsazioni a le arterie palpabili), iniezione di 1000 cm.<sup>3</sup> di siero alcalinizzato.

Temp. durante l' iniezione 40,3.

Dopo • 39,8, P 122 (ore 17).

Ore 18 T 39,6.

• 19 • 39,5 P 104. Si dànno gr. 3 di Bromuro di K e 2 d' Idrato di Cloradio; a le ore 22 dorme profondamente; si osservano rari sussulti fugaci dei muscoli. Nella notte ha una abbondantissima evacuazione di materie molli,

**17 Maggio** — Ore 7 T 37,8 P 88. L'infermo é più quieto, reagisce meno intensamente a gli stimoli, non è scosso ogni qual tratto - come di solito - da accessi di tremore, da contrazioni toniche generali, o da cloni parziali; appare un po' depresso; s'iniziano decubiti al sacro e in corrispondenza del trocantere sinistro. Sul mezzogiorno riprende lena lo stato spasmodico.

Ore 15 1½ T 39 P 100; iniez. di 1000 cm.<sup>3</sup> di siero alcalinizzato.

• 38 durante l'iniezione.

• 38 P 96 dopo •

• 17 T 38,8.

• 20 • 39,8. Si dà la pozione di Bromuro e Cloralio.

**18 Maggio** — Ore 7 T 39, stato spastico come ieri sera.

Ore 14 T 39,6 P 112; iniezione cm.<sup>3</sup> 1000 di siero.

• 38,8 durante l'iniezione.

• 38,7 P 112 dopo •

• 16 T 38,4.

• 17-19 T 38,6. Pozione di Bromuro e Cloralio.

**19 Maggio** — Ore 7, T 38, stato spastico un po' meno intenso; inizio di decubito al trocantere destro.

Ore 15 T 39,5 P 120, R 40, iniez. di 1000 cm.<sup>3</sup> in 25 minuti.

• 38 durante l'iniezione; due scariche diarroiche.

• 37,7 P 104 dopo •

• 18 T 38,1.

• 20 • 38,5.

**20 Maggio** — Ore 7, T 38,2, condizioni generali gravi, stato spastico invariato.

Ore 15 T 38,8 P 120; iniez. di 500 cm.<sup>3</sup>

• 38,8 durante l'iniezione e dopo.

Ore 19-21 T 37,5.

**21 Maggio** — Ore 7, T 38,3; si agita molto quasi in ispasmo clonico di ogni membro.

Ore 15 1½ T 39,3 P 112, iniez. di 1000 cm.<sup>3</sup>

• 38,7 dopo 25<sup>1</sup> minuti d'iniezione.

• 38,7 (ore 16) fine della iniez. P 100.

• 17-18 T 38,7. Marsala, Bromuro e Cloralio.

• 20-22 T 38,8.

**22 Maggio** — Ore 7, T 38,3, condizioni invariate.

Ore 15 1½ T 38,7, P 112 R 40; iniez. di 1000 cm.<sup>3</sup>; durante e dopo

• 16 T 38,2, P 104 R 36 l'iniez. l'infermo ha sonnolenza.

• 17 • 38,6 P 106.

• 18 • 38,9.

• 20 • 39,1.

23, 24, 25, 26, 27, 28 Maggio — Si ripetono giornalmente le ipodermoclisi (5 di 1000 cm.<sup>3</sup> ed una di 800). Lo stato spastico ha in gran parte ceduto, ma le condizioni generali dell' infermo si sono aggravate progressivamente, i decubiti si sono fatti ampi e profondi, la temperatura ha oscillato fra 37,9 e 40,2, il polso fra 92 e 140, la frequenza del respiro intorno a 40. Invariati i fenomeni psichici, abbondante e facile come sempre l'alimentazione liquida; la diuresi e la defecazione normali. Muore la notte dal 28 al 29 Maggio: la necropsopia non è permessa.

Oss. IX. — B. G. mendicante, ricoverato il giorno 25 Maggio 1900 per *frenosi pellagrosa*; individuo di 47 anni ammalato da 3 anni di pellagra, emaciato. È in condizioni generali gravissime, diarrea profusa, sitofobia, perde le urine nel letto. T 39,1.

26 Maggio 1900 — Ore 7, T 38,6, rifiuta il cibo.

Ore 15 T 38,3, iniez. di 500 cm.<sup>3</sup> di siero.

- 15 1/4 T 38,3 fine della iniezione.
- 17 T 38,6.
- 18 • 38,8.
- 20 • 39,1. Prende minestrina e latte.

27 Maggio — Ore 7, T 39,8 P 78 R 18.

Ore 15 T 39,9 P 78, R 18; iniez. di 500 cm.<sup>3</sup>

- 15 1/4 T 39,8 P 78 R 18.
- 17 T 39,9.
- 18 • 40, alimentazione liquida facile.
- 19 • 40,4, iniezioni di Benzoato di Sodio e Caffaina.

28 Maggio — Ore 7 T 40,8 P 80 R 24; iniez. di Benzoato di Sodio e Caffaina.

Ore 14 T 39,1, iniezione di 800 cm.<sup>3</sup> di siero.

- 14 1/4 T 39,1, iniezioni di Benzoato di Na e Caffaina.
- 15 T 38,5 P 125 R 46.

Muore a le ore diciotto; non è permessa la necropsopia.

Oss. X. — G. G. bracciante ricoverato la sera dell' 11 Giugno 1900 per *frenosi pellagrosa*. Uomo di 37 anni, alto, sottile, pallido, magro, con muscoli abbastanza forti. Grave eccitamento psico-motorio, confusione mentale. Lingua impaniata, ventre meteorico; guizzi nei muscoli del volto; alimentazione abbastanza facile, ritenzione d'urina.

12 Giugno 1900. Ore 7 T 37,9.

Ore 15 T 38,2, iniezione di 500 cm.<sup>3</sup> di siero in 10' minuti.

- 15,10, 16 1/2, 17 1/2 T 38,6.
- 18 1/2 T 39,1 ; suda molto, ha molta sete, perde una volta le urine in letto.
- 20 1/2 • 40,2 )

13 *Giugno* -- Condizioni psichiche più torpide; si osservano scosse rapide, frequenti con qualche breve intervallo di riposo e qualche momento di esacerbazione nei muscoli degli arti superiori: deltoidi, bicipiti, flessori e pronatori delle mani; le scosse sono talora di solo un muscolo o prendono porzione di muscolo, quasi sempre però con effetto motorio su l'arto o su le dita. Non ha evacuato l'alvo da quando è entrato, nè urinato da 22 ore; 20 gr. di Solfato di Na provocarono nella mattina due scariche abbondanti; il cateterismo dà 400 cm.<sup>3</sup> di urina che viene sperduta per errore; si nota che la ritenzione è dovuta a spasmo dello sfintere vescicale.

Ore 15 T 39,5; ore 15 1½ iniezione di 500 cm.<sup>3</sup> in 7 minuti.

• 15 3¼ T 39,5, P 100. suda.

• 16 1½ • 38, P 92.

• 17 1½ • 38,2.

• 18 1½ • 39,2, P 92.

• 20 1½ • 39,3.

14 *Giugno* — Ore 7, T 38,5; non ha urinato nella notte, vescica tesa. Spasmi tonici e clonici notevoli anche a gli arti sup. e visibili a pena a gli arti inf., che tendono a la flessione.

A le ore 10 si fa una iniezione endouretrale di 3-4 cm.<sup>3</sup> di soluzione tiepida di cocaina al 2 0/0 secondo l'indicazione di Martel<sup>24</sup>; l'infermo urina al tocco, in letto, circa 400 cm.<sup>3</sup> di liquido.

Ore 15 1½ T 39,2 P 102; iniez. di 500 cm.<sup>3</sup> di siero.

• 16 1½-20 1½ T 39 P 102, suda abbastanza.

15 *Giugno* — Ore 7, T 38,8, P 104; tiene gli arti superiori aperti e sollevati prevalendo le contrazioni toniche dei deltoidi, cloni con effetto motorio specialmente nel campo dell'ulnare, notevoli cloni dei m. del volto; disfonia. Non urinato, nè defecato nella notte. Evacuazione della vescica dopo 1 ora che è stata praticata una iniez. endouretrale di cocaina.

Ore 15 T 39,8, P 116; iniez. di 1000 cm.<sup>3</sup> in 20 minuti.

• 15 1½-16 T 39,3, P 107.

• 17-18-20 T 39,8, P 112, suda.

• 23 T 40, P 130. Muore a le ore 2 del 16 *Giugno*; non è concessa la necropsia.

Oss. XI. — C. S. di anni 47, lavoratore di terra ricoverato già tre volte per *frenosi maniaco-depressiva*. È degente nel manicomio dal 1890 e presenta stadi di eccitamento abbastanza intensi intercalati da stati di depressione di poca durata. Da la metà di *Giugno* di quest'anno è entrato in un periodo depressivo dimostrato da un rallentamento psico-motorio molto spiccato; non parlava mai, mangiava pochissimo ed opponeva spesso resistenza passiva, ma ostinata a l'alimentazione; sui primi di *Luglio* cominciò a parlare e si notarono spiccate idee deliranti di negazione: l'infermo diceva di esse-





La tecnica della ipodermoclisi è così semplice che non bisogna di una descrizione particolareggiata; solo dirò che io ho usato un pallone della capacità d'un litro, chiuso da un tappo di gomma, attraversato da due cannule di vetro; ad una di queste era fissato un tubo di gomma munito d'un ago lungo e sottile; il pallone veniva tenuto a l'altezza d'un metro circa sul piano del letto e però il liquido scorreva - come con l'ipodermoclisi di Cantani - e penetrava sotto la cute per forza del proprio peso; si poteva tuttavia (secondo il consiglio di Burlerau) porre in comunicazione la cannula libera del pallone con una pera di caoutchouc aspirante e premente e rendere così l'apparecchio più maneggevole e iniettare il liquido con la pressione dell'aria insufflata, ma io trovai sempre più opportuno e semplice il primo metodo.

Il liquido - soluzione in acqua distillata e bollita od anche semplicemente bollita di  $\text{Cl Na}$  al 0,75 % - aveva una temperatura variabile dai 37 ai 41°; veniva iniettato con ogni cura antisettica nelle regioni inguino-crurali o lombari o nel lato esterno delle coscie; in una sola regione non s'iniettavano mai più di 500 cm.<sup>3</sup>; si aiutava la diffusione sottocutanea della soluzione salina con un leggero massaggio.

Furono fatte complessivamente 49 iniezioni su 11 individui; di questi uno ne ebbe una sola, un altro ne ebbe 20 ed i rimanenti ne ebbero da 2 a 5 ciascuno.

Delle 49 iniezioni, 5 furono rispettivamente di cm.<sup>3</sup> 100, 250, 300, 400, 450, 19 di 500, 7 di 600, 2 di 800 e 16 di 1000 cm.<sup>3</sup>

Fin d'ora posso dire che non ebbi mai a notare alcun fenomeno in rapporto a la *sede* della iniezione, nel senso che gli effetti di questa potessero venire modificati da la diversa località ove veniva praticata l'ipodermoclisi e che su la sede prescelta avvenissero fatti anche semplici di reazione infiammatoria; nè alcun fenomeno osservai in dipendenza della *temperatura* delle soluzioni impiegate, nè della *qualità* di esse (quando 3 volte invece del siero fisiologico semplice si fecero tre ipodermoclisi di siero alcalinizzato); in dipendenza della *quantità* osservai solo - e molto di rado - qualche modificazione nella intensità degli effetti comuni.

Considerando poi i varî ordini di fatti raccolti, esamineremo successivamente - confrontando anche con le risultanze di altri Autori - gli effetti eventuali della terapia fisiologica su la *temperatura*, sul *polso* ed il *respiro*, su gli *emuntori*, su l'apparec-

chio *gastro-enterico*; su lo *stato generale fisico e psichico* degli infermi.

*Temperatura.* Come effetto immediato della iniezione sottocutanea fu descritto minutamente da Bosc e Vedel un *periodo di reazione critica* costituito in principal modo da un notevole elevamento della T. preceduto da brivido (fenomeni più rapidi e intensi se l'iniezione è endovenosa); questa crisi suol osservarsi dopo 2-4 ore, essere accompagnata da modificazioni del polso, del respiro e della diuresi ed essere seguita da un *periodo post-critico*, ossia di ritorno a la norma con sensazione di benessere. Un accurato studio su questa febbre da iniezione è stato fatto nella Clinica di Bozzolo da Fornaca e Micheli<sup>23</sup>; essi trovarono frequente, ma non costante tale reazione febbrile e spesso legata a notevoli differenze individuali; qualche volta osservarono un abbassamento di  $\frac{5}{10}$  -  $\frac{8}{10}$  di grado seguire immediatamente a l'iniezione sottocutanea e durare 1-3 ore. Giglioli e Calvo nei loro infermi di tifo riscontrarono la reazione termica quasi sempre, sebbene in diverso grado anche talora nello stesso individuo. Tutti poi questi Autori sono d'accordo nel dare un significato prognostico a la reazione febbrile, stimando ch'essa sia più energica ed elevata nei casi d'infezione leggiera e debolissima o nulla nei casi gravi.

Noi abbiamo riscontrato il periodo di reazione critica 17 volte su 49 iniezioni, ossia in poco più del 34  $\frac{1}{2}$  %, 11 volte abbiamo notato la diminuzione iniziale di temperatura - segnalata da Fornaca e Micheli - seguita poi talora da elevamento, talora da ritorno a la norma e in qualche caso anche da diminuzione prolungata (12-24 ore); questa poi si è qualche volta osservata anche senza che la diminuzione siasi avvertita subito dopo l'ipodermoclisi; 5 volte si è avuto un aumento progressivo; 11 volte non s'è riscontrata alcuna mutazione di temperatura, appunto circa nel 22  $\frac{1}{2}$  %. Ove si osservi che nei 17 casi nei quali si ebbe il periodo di reazione critica questo fu almeno 8 volte debolissimo e che non si ripeté quasi mai dopo ciascuna iniezione anche in quegli infermi che avevano dato segno di reazione spiccata, noi siamo costretti a pensare che la frequenza e la costanza del periodo critico sia anche minore di quella risultata ad alcuni dei precedenti osservatori. Nè si può credere che la cifra scarsa e

la poca costanza della reazione febbrile dipendano - come si potrebbe supporre - da la gravità della intossicazione nei casi prescelti da noi per la cura (su 8 pellagrosi, 4 decessi durante la cura) e da l'avere impiegato ben 20 delle 49 ipodermoclisi - intorno a le quali si calcola la percentuale - in un caso pur grave, che volse a morte; poichè l'esame particolareggiato dei casi ci dimostra che la reazione mancò nella inferma della Oss. II dove i fenomeni della intossicazione pellagrosa erano relativamente meno gravi, mancò una volta e riuscì debolissima un'altra nell'individuo della Oss. VI che pure guarì dei fenomeni acuti, fu invece elevata rispettivamente due volte e una volta nei gravissimi casi delle Oss. I e X; inoltre su 20 iniezioni fatte a l'infermo della Oss. VIII si nota 7 volte il periodo critico, ossia nel 35 %, cifra leggermente maggiore di quella trovata col calcolo complessivo. Tutto ciò ne induce a fare qualche riserva - almeno in riguardo a infermi simili ai nostri per natura della malattia - sul valore prognostico che si suol attribuire a la presenza e al grado della reazione febbrile dell'organismo a la sieroterapia fisiologica.

Un fatto ancora abbiamo potuto constatare, ossia che - almeno 9 volte su 17 - negli infermi ai quali furono praticate parecchie ipodermoclisi le quali non portarono tutte l'elevamento critico della temperatura, questo si ebbe dopo la prima o le prime iniezioni e non dopo le seguenti (p. es. Oss. VI, X); in casi dove seguì sempre l'elevamento termico esso si dimostrò più spiccato in principio che poi (p. es. Oss. III); ciò può giustificare il dubbio espresso da Bosc e Vedel che col ripetere le iniezioni l'organismo vi si abitui e vi reagisca in minor grado o nulla.

*Polso e respiro.* Le osservazioni cliniche e sperimentali hanno dimostrato una notevole influenza che avrebbe l'iniezione fisiologica su l'apparecchio cardio-vascolare e respiratorio. Gioffredi che riassume vari lavori su l'argomento dice che anche in individui in preda a gravi forme infettive il polso si rinforza, diventa meno frequente e più ampio, la pressione si eleva; il respiro si fa più profondo e regolare. Ilberg ed altri trovarono pure di tali modificazioni nei loro infermi.

Undici volte noi abbiamo notato subito dopo l'ipodermoclisi una diminuzione della frequenza dei battiti cardiaci e un aumento della forza del polso e - in queste - 10 volte il benefico effetto

si prolungò per parecchie ore; solo 3 volte notammo aumento iniziale della frequenza, mentre invece aumento transitorio ed anche di 20-30 pulsazioni osservammo quasi sempre durante il periodo critico conformemente a gli altri osservatori. La pressione arteriosa non fu misurata, ma nei casi ove diminuì la frequenza e aumentò la forza del polso si può ammettere che fosse aumentata.

Nel più dei casi non si è avuta alcuna modificazione nella frequenza, profondità e ritmo del respiro nè durante nè dopo la iniezione; l'aumento di frequenza si è avuto in modo abbastanza evidente durante i periodi di reazione critica un po' spiccata; in un solo caso si è avuto aumento subito dopo la iniezione (Oss. I); alcune volte si è avuto diminuzione della frequenza subito o alcun tempo dopo dell'ipodermoclisi, ma più spesso si è notato aumento della profondità e della regola nel ritmo respiratorio (p. es. nella Oss. VIII dove le contrazioni toniche frequentissime dei muscoli toracici rendevano la respirazione superficiale e spezzata).

*Emuntori.* L'aumento della diuresi è ammesso in tesi generale; anzi Bosc e Vedel affermano che la fine del periodo critico e l'inizio del post-critico sono contrassegnati da un'abbondante eliminazione d'urina; Dastre e Loye hanno dimostrato sperimentalmente negli animali che tale urina è di solito limpida, incolore, di peso specifico bassissimo, scarsa di principi solidi; ma dopo ripetute iniezioni Formeaux<sup>26</sup> ha notato che alcune volte si avevano urine rossastre, che allo spettroscopio presentavano le strie di assorbimento della emoglobina. In quanto alle modificazioni quantitative dell'urina Giglioli e Calvo hanno avuto risultati diversi, ora grande ed ora lievissimo aumento, Fornaca e Micheli notarono di solito un aumento di leggiero grado; in quanto alle modificazioni qualitative fu osservato di solito aumento dell'urea, e Fornaca e Micheli fanno notare a questo proposito che per la iniezione di siero fisiologico non si modifica l'Azoto perduto con le fecci, ma è aumentato quello ureico, ciò che indica un aumento delle ossidazioni per cui l'albumina arriva in quasi totalità al suo grado massimo di scomposizione; gli stessi A. A. trovarono aumento di acido fosforico. I rari e spesso incompleti esami dei medici manicomiali non c'illuminano troppo su questa parte, ma sembra che in genere almeno l'aumento della diuresi si sia constatato.

Noi potemmo esaminare solo l'urina di 5 infermi abbastanza completamente, almeno per poter tenere conto de'suoi mutamenti fisici e di alcuni dei chimici sotto l'influenza della ipodermoclisi; in 2 trovammo lieve diminuzione del peso specifico e lieve aumento della quantità ad ogni iniezione, in 1 diminuzione notevole del peso specifico e poliuria spiccatissima con lieve aumento di cloruri e fosfati; in un 4° nessuna diminuzione del peso specifico, nè aumento di quantità in rapporto diretto con l'ipodermoclisi, l'urina conteneva acetone che non scomparve altro che dopo la 4ª iniezione; dopo aumentò la diuresi e con essa diminuì il peso specifico; in un 5° caso si ebbe diminuzione del peso specifico e aumento leggiero della quantità solo dopo la 2ª iniezione, nessun fenomeno dopo la 1ª. Negli altri 6 casi (Oss. IV, VI, VIII, IX, X, XI) gl'infermi perdevano sempre le urine pel letto, e non si potè raccogliere mai tanto che potesse servire per un esame elementare; tuttavia possiamo credere, giudicando approssimativamente, che in due di essi (Oss. VIII, XI) si avesse aumento della diuresi, in uno (Oss. X) persistesse l'oliguria, di tre non si può dire assolutamente nulla. La poliuria del soggetto della Oss. III rappresenta una vera crisi di diabete insipido e la sua dipendenza - almeno relativa - da la introduzione del siero non può essere posta in dubbio\*, poichè essa si dimostrò subito dopo la 1ª iniezione (nelle 24 ore che la seguirono emise più di 2 litri d'urina) e si accentuò dopo la 2ª; durò poi in tutto otto giorni, la maggiore quantità d'urina giornaliera fu di cm.<sup>3</sup> 5000, il minor peso specifico di 1007; fu sempre accompagnata e forse in parte mantenuta da un grande senso di sete. Invece la scomparsa dell'acetone da le urine dell'infermo dell'Oss. V non sembra debba essere un beneficio recato da la ipodermoclisi, perchè 3 iniezioni un giorno dopo l'altro non portarono il minimo mutamento quantitativo e qualitativo; dopo due giorni d'intervallo ne fu fatta una 4ª e di lì a 24 ore si notò scomparsa dell'acetone; ma quest'ultimo risultato non dà valore a l'ipotesi che l'ultima ipodermoclisi abbia raggiunto l'effetto terapeutico invano tentato con

---

\* Una crisi di poliuria si ebbe anche in uno dei 3 casi di Masbrenier; l'A. tratta l'alcoolismo e le manifestazioni di delirium tremens con l'ipodermoclisi, secondo le indicazioni di Quenu<sup>27</sup>.

le tre prime, perchè tale effetto avrebbe anzitutto dovuto dimostrarsi con l'aumento o il ritorno a la norma (che si avverò solo dopo altri 2 giorni) della diuresi, conseguenza più frequente della iniezione di siero fisiologico. Invece è da credere che la scomparsa dell'acetone si sia dovuta a l'antisepsi intestinale costituita da la dieta lattea e dai clisteri evacuanti - che si erano dovuti adottare per vincere la sitofobia e la stipsi del malato - sì che erano venuti a poco a poco ad estinguersi quei fenomeni putrefattivi degli Idrati di Carbonio (Roger) o degli albuminoidi (Albertoni) che danno luogo a la formazione di acetone.

Le variazioni della tossicità urinaria in rapporto a la sieroterapia fisiologica non credo siano mai state studiate. Io feci alcune prove, ma il malsicuro metodo di Bouchard non mi portò a nessun risultato soddisfacente. Solo le prove fatte con l'urina dell'infermo della Oss. V mi fecero notare qualche differenza, ma spiegata da la presenza dell'acetone e da la sua scomparsa, non da l'effetto della ipodermoclisi :

Esp. I. 29 Maggio 1899; coniglio grigio del peso di gr. 740; iniezione intraperitoneale di urina raccolta in tempo lontano da la ipodermoclisi e contenente acetone; cm.<sup>3</sup> 35 per kg. d'animale (la tossicità normale, secondo Bouchard, viene calcolata a cm.<sup>3</sup> 45 - 46,1 per Kg.). Il coniglio muore, dopo un breve periodo di tremore generalizzato seguito da contrazioni toniche, a 25' di distanza da la fine della iniezione. *Necropsia*: peritoneo lievemente iniettato di sangue e contenente un po' di liquido urinoso rossastro; notevole iperemia ed edema della sostanza cerebrale, polmoni estremamente congesti, cuore in diastole pieno di sangue.

Esp. II. 30 Maggio 1899; coniglio grigio del peso di gr. 880; iniezione intraperitoneale di urina raccolta nel tempo consecutivo ad una ipodermoclisi (di 24 ore; senza acetone); cm.<sup>3</sup> 42 per Kg. d'animale. Morte in contrazioni toniche e cloniche 30' dopo la fine dell'iniezione. *Necropsia*: reperto uguale al precedente.

Esp. III. 1 Giugno 1899; coniglio grigio del peso di gr. 1050; iniezione intraperitoneale d'urina raccolta in tempo lontano da l'ipodermoclisi e mentre è evidente il miglioramento dell'infermo; cm.<sup>3</sup> 45 per Kg. d'animale. Morte in coma dopo 12 ore da la fine dell'iniezione. *Necropsia*: peritoneo lievemente iniettato, contenente modica quantità di liquido siero-sanguigno, iperemia diffusa del tenue, cervello edematoso, cuore pieno di coaguli, reni congesti, gli altri organi macroscopicamente normali.

Conforme a l'osservazione di altri Autori trovai che è facile l'aumento della attività sudorifera per effetto della ipodermoclisi; tuttavia anche qui le condizioni individuali portano notevoli differenze, poichè mentre grande abbondanza di sudore durante e fuori del periodo di reazione critica si notò quasi sempre nell'infermo della Oss. VIII, che ebbe ben 20 iniezioni, non notai mai la pelle madida negl'infermi delle Oss. XI o II ecc. Qui poi debbo aggiungere che dal complesso de' miei casi sembra di poter dire che in essi la diaforesi è spesso - come appar naturale - in rapporto con l'altezza della temperatura, ma che tale rapporto non sussiste sempre, come nel caso della Oss. VI ove si ebbe reazione febbrile, ma non sudore.

*Apparecchio gastro-enterico.* Uno degli effetti quasi costanti che Ilberg, Lehmann e De Boeck affermano di avere riscontrato nei loro soggetti infermi di mente è il risveglio rapido del senso della sete e della fame; di solito già a la fine della prima iniezione salina i malati chiedevano da mangiare, ma anche nei casi dove la sitofobia era mantenuta da ostinate idee deliranti la ripetizione della ipodermoclisi finiva con lo stimolare negli infermi il desiderio del cibo.

Tali Autori preconizzano per tal modo la sostituzione della sieroterapia fisiologica a l'alimentazione artificiale, che spesso è ardua e non scevra di pericoli. Senza associarmi affatto a questa speranza credo tuttavia che un certo effetto giovevole per questo punto sia da considerare. Non ch'io sia riuscito a vincere l'ostinazione di una sitofobia sostenuta da idee deliranti (le idee di negazione della Oss. XI), nè creda di aver vinto quella provocata da la disattenzione di un soggetto tutto preso da uno stato doloroso di ansia (Oss. V), ma osservo che gli altri nove miei infermi non hanno mai tralasciato di mangiare in tutto il corso della cura sieroterapica, mentre invece per alcuni di essi l'alimentazione era sul principio stentata o impossibile (p. es. Oss. IX). Dove poi questa difficoltà di alimentazione non esisteva anteriore a la cura, non si può escludere che la sieroterapia non abbia giovato a tenerla lontana, poichè, se si esaminano solo gl'infermi delle Oss. I, V e soprattutto della VIII e si tien conto di quel grado estremo della intossicazione pellagrosa, della formidabile e dolorosa sindrome tetaniforme si resta meravigliati nel sapere che



fino al termine della vita non hanno mai - come suole - rifiutato il cibo. Non so se ciò avvenga perchè si tiene desto il senso della fame o perchè - come pensano Ilberg e Lehmann - venga stimolata da l'ipodermoclisi l'attività delle ghiandole salivari; io penso che il più delle volte valga il ridestarsi del senso di sete che - in seguito a l'iniezione - ho potuto notare almeno in quattro de' miei soggetti, talora anche indipendentemente da la reazione critica; nei casi dove la sitofobia più che legata a condizioni organiche è dovuta a un fatto puramente psichico, idee deliranti ecc. può essere che l'ipodermoclisi non abbia valore che come mezzo suggestivo (Oss. XI).

È stato detto poi che le iniezioni saline hanno una certa azione eccoprotica e però possono provocare una diarrea più o meno abbondante nel periodo critico e talora anche vomito o conati di vomito. Questo io osservai solo una volta (Oss. V); diarrea fu riscontrata alcune volte in un certo rapporto con l'ipodermoclisi, tuttavia talora non si potè vincere la stipsi che con l'irrigazione intestinale. La incostante efficacia eccoprotica deve essere pure stata osservata da Cullerre e da Jaquin, se essi dovettero nella cura dei loro infermi ricorrere ripetutamente ai purgativi.

*Stato generale fisico.* La difficoltà, che s'incontra sempre nella cura degli alienati, di ottenere da l'infermo quei dati subbiettivi, che pure hanno tanto valore per il giudizio medico, e di fare completamente su di esso o controllare l'esame fisico nel corso di una malattia rendono difficile scernere nella evoluzione dei sintomi generali ciò che proprio può essere in rapporto di causalità con la speciale terapia. Dove furono curati dei malati comuni si è detto che essi in seguito a l'ipodermoclisi e specialmente nel periodo post-critico si sentivano sollevati, provavano un senso di benessere, di calma e spesso - nei casi non molto gravi - davano segni di un vero miglioramento almeno transitorio.

Anche gli alienisti che si sono occupati della cosa dicono di aver notato negli infermi ristorarsi le forze (Ilberg, ecc.), modificarsi i decubiti (Cullerre) e più ancora di aver visto in alcuni casi scemare od anche scomparire fenomeni minacciosi di collasso (Lehmann, Feuillade) o prolungarsi in qualche guisa la vita del paziente (Lehmann, Cullerre).

A me il soccorso dell'esame subbiettivo dell'infermo è sempre fatalmente mancato; la ipodermoclisi è stata quasi sempre sopportata con calma, con indifferenza o almeno senza gravi proteste, ma poi nessuno - anche di quelli che forse avrebbero potuto giudicare del proprio stato - seppe dir nulla. Lo sguardo obbiettivo generale deve più che mai farci distinguere da malato a malato: su otto casi di intossicazione pellagrosa le nostre storie ne dimostrano cinque gravissimi - Oss. I, VI, VIII, IX, X - e la gravità è massimamente dimostrata (eccetto che nella Oss. IX) da la imponenza della sindrome tetanica e mioclonica che in tali forme deve quasi sempre condurre ad una prognosi infausta *quoad vitam*, quantunque io stesso conosca due casi di guarigione che, rispetto a la mia breve esperienza, reputo eccezionali. Nelle Oss. I, IX, X non potemmo constatare nessuna influenza benefica su le condizioni generali, la malattia con progressione fatale condusse rapidamente a la morte; nella Oss. VI si osservò un notevole miglioramento transitorio, con evidente attenuazione dei fenomeni tetanici e apiresi, ma persistette l'astenia generale e l'infermo dovette pur esso soccombere. Nella Oss. VIII le condizioni generali apparvero sempre oscillanti di gravità in modo inordinato, i fenomeni tetanici non subirono mutamenti apprezzabili in istretto rapporto con la sieroterapia, i decubiti ebbero un andamento progressivo, la febbre non s'interruppe mai, la debolezza fu sempre estrema, ma il paziente visse 23 giorni da l'inizio degli infausti sintomi spastici, offrendo così un raro esempio di resistenza a la gravità del male.

Negli altri tre casi dove la intossicazione pellagrosa era relativamente leggiera: l'inferma della Oss. II dimostrò uno stato fisico migliore dopo due sole iniezioni di poca quantità di siero fisiologico, ma senza che nessun fenomeno reattivo speciale avvertisse dell'influenza diretta del medicamento su la miglioria; nella Oss. VII cadde la febbre, ma l'infermo non si tolse dal letto; nella Oss. III si ebbe un relativo miglioramento dello stato generale che sembrò essere in rapporto con la sieroterapia, perchè coincidente con una lunga crisi poliurica la quale in gran parte era dovuta a l'ipodermoclisi.

La sieroterapia fu poi usata in uno stato epilettico non molto grave (Oss. IV) e in due stadî depressivi di frenosi maniaco-de-

pressiva (Oss. V, XI); l'epilettico ebbe reazione febbrile, urinò abbondantemente e migliorò; nell'infermo della Oss. V non si notò rapporto sicuro fra l'attività della cura e il tempo in cui cessarono lo stato d'ansia e la sitofobia o si mostrarono i brevi stati di miglioramento intercalati nell'episodio ansioso; nell'infermo della Oss. XI mancarono pure dati obbiettivi notevoli intorno a gli effetti della ipodermoclisi su le condizioni generali fisiche.

*Stato generale psichico.* Lehmann primo insiste intorno ad alcun effetto favorevole su lo stato psichico degli infermi: sembrano diminuire le idee deliranti nei melancolici, attivarsi i movimenti psichici negli stuporosi e ciò - dice l'Autore - in forza di una migliore irrorazione cerebrale e di una maggiore eliminazione dei prodotti del ricambio indotte da la sieroterapia fisiologica; Jaquin - per dire subito dell'alienista che pochi mesi fa si è occupato della cosa - dimostra su questo punto un convincimento amplissimo; i suoi tre casi sarebbero guariti con tal metodo di cura, ed egli lo consiglia con grande fiducia nei deliri delle malattie infettive (tifo, influenza, febbri eruttive), nelle psicosi post-infettive, nelle forme che si sviluppano nel puerperio, nelle psicosi post-operatorie, nelle sindromi da uremia ed epatismo ecc. - ciò forse perchè l'A. applica teoricamente in patologia il criterio razionale tratto da lo studio sperimentale.

A noi la modesta pratica suggerisce un linguaggio ispirato a minor ottimismo e a maggior dubbio. Sopra gli 8 casi di frenosi pellagrosa, 6 furono completamente immuni da ogni beneficio, i fenomeni psichici rimasero immutati; nel settimo (Oss. VI) si notò con l'attenuamento transitorio dei sintomi somatici un parziale risveglio di coscienza, una lieve diminuzione della intensità della paralisi psichica, in complesso cenni di miglioramento lieve ma non progressivo; nell'ottavo (Oss. III) l'episodio di eccitamento e di confusione ideativa - ripetizione di quelli che da qualche tempo comparivano fra mezzo ad una relativa salute psichica e fisica - si attenuò e scomparve insieme al sorgere del miglioramento fisico.

L'epilettico uscì dal sopore semi-comatoso nel quale era caduto dopo una serie numerosa di accessi convulsivi e ritornò a la norma abituale del suo stato di mente. Nei due maniaco-depressivi non si rilevò alcun vantaggio: l'episodio ansioso del-

l'uno si esaurì senza dimostrare l'influenza curativa della sieroterapia; le idee deliranti dell'altro sono tuttora vivaci e prepotenti.

Riunendo ora i dati raccolti da l'analisi dei vari fenomeni e dello stato generale degli undici infermi ci avvediamo che un solo risultato apparisce costante: la ipodermoclisi non ha nociuto ad alcuno. È questo un carattere curativo indifferente, ma che vuol essere tenuto in conto, perchè se ad esso s'aggiunge qualche risultato anche piccolissimo, ma positivo la nuova terapia ha diritto di essere chiamata utile. E - diciamolo subito - questi piccoli risultati esistono, sebbene nessuno di essi - se non forse l'attenuamento della sitofobia legata a cause fisiche - abbia quei requisiti di uniformità, di frequenza, d'intensità e forse anche di chiarezza che sono necessari per stabilirne il grado di efficacia e d'importanza.

Abbiamo infatti veduto come il periodo di reazione critica - che secondo gli Autori è una vera e propria reazione salutare - si è avuto solo nel minor numero delle ipodermoclisi fatte e non ha assunto mai un esatto valore prognostico, come gli effetti benefici sul respiro, sul circolo, su l'attività del rene e della cute compaiono in certi casi e mancano in molti altri; abbiamo veduto come un sintoma pelligroso (tetano) s'attenua in un caso e in quattro permane, come un infermo resiste in gravissimo stato 23 giorni prima di morire ed altri durano meno d'una settimana. Ma tutti questi fatti: l'attenuamento di un sintoma somatico o psichico, il prolungamento d'una vita, la persistenza o il rin vigorimento della attività funzionale d'un organo ecc. in mezzo a un gruppo di casi dove la gravità dei danni del corpo o della mente si dimostra in modo cospicuo, costituiscono un gruppo di piccoli risultati positivi che la terapia ristretta o impotente del medico alienista deve saper valutare.

Tuttavia siamo ben lungi dai lieti giudizi di quelli Osservatori che ci hanno preceduto, e più lontano ancora da le speranze suscitate da lo studio sperimentale; la messe da noi raccolta è di piccola mole. Probabilmente il diverso successo clinico è dovuto a che non sempre si è cercato da tutti il giusto rapporto fra l'uso, l'effetto diretto della iniezione salina e l'esito della malattia, dimenticando che non sempre la guarigione è indice

della efficacia della cura, nè la morte è indice della sua inattività; - forse a me si potrebbe volgere da qualcuno l'accusa di avere un po' dimenticato quest'ultimo avvertimento, ma nella redazione delle storie e dei diari credo di aver posto testimonianze per le mie conclusioni.

Il dissidio con molti risultati sperimentali può forse essere dovuto al fatto che non tutti gli elementi tossici hanno tal natura chimica da sciogliersi o diffondersi ugualmente nel siero di lavatura (Gioffredi) e potrebbe essere appunto che quelli i quali circolano nell'organismo di un pellagroso siano in gran parte insolubili mentre possono essere solubili o diffusibili quelli dovuti p. es. al *bacterium coli* (Bosc e Vedel) oppure circolanti nel sangue durante uno stato di male epilettico, se io possò trarre buon auspicio da un caso riportato incidentalmente da Jaquin e da la mia Oss. IV, trascurando per un momento gl'insuccessi avuti da Charron e Briche.

Una obbiezione a la povertà de' miei risultati positivi potrebbe essermi fatta da la scelta dei casi per massima parte (giudicando da le 8 oss. sui pellagrosi) gravissimi e mi si potrebbe dire che in questi la intossicazione poteva avere raggiunto tale intensità e portato tali lesioni anatomiche da rendere inutile ogni lavaggio ed eliminazione di veleni; l'esame spassionato dei casi e delle vicende della cura forse basta a confutare l'obiezione (p. es. miglioramento della Oss. VI, ecc.), ma v'ha di più ed è che appunto solo in tali forme prescelte appare indicato l'intervento razionale della sieroterapia fisiologica, poichè ove la intossicazione pellagrosa - pure attingendo il sistema nervoso e le funzioni psichiche - non sia grave, basta la semplice cura dietetica e igienica, molto più opportunamente della ipodermoclisi, a rifare le forze e la salute.

Resterebbe a vedere ora se i fenomeni utili da noi ottenuti con la cura sieroterapica siano da reputare migliori di quelli che si sogliono avere con i mezzi consueti nelle psicosi infettive o tossiche; se qui si prende notizia da gli studi fatti nelle malattie comuni, p. es. da le osservazioni recenti di Giglioli e Calvo su 18 tifosi, si può dire francamente di no, perchè l'esito con tale cura fu assai inferiore a l'aspettativa; se poi si prendono in rapido esame i casi studiati da gli alienisti, sceverando

da quelli meno chiari dove insieme a la sieroterapia furono fatte cure interne e da quelli che sarebbero guariti con la semplice degenza in letto, si può notare che - in mezzo a varie contraddizioni (Ilberg, Lehmann e Mairat e Vires, Claus e Charron e Briche) - non si nota pure un progresso terapeutico evidente; ed i miei casi, da quelli più leggeri a quelli più gravi, sono lì a dimostrare che cure diverse da quella usata: bagni, impacchi, disinfettanti intestinali, cardiotonici ecc. (clisteri di Bromuro nello stato di male epilettico) avrebbero dato forse un ugual esito, pure variando in qualche segno particolare come rispetto al sintoma sitofobia. In ciò ci assicura il ricordo di altri casi curati prima di tentare il metodo sieroterapico e che qui sarebbe superfluo riportare, poichè appartengono a le conoscenze comuni ad ogni medico alienista.

### Conclusioni

L'impiego della sieroterapia fisiologica in quegli stati psicotici che hanno fondamento assoluto o relativo in una infezione o in una intossicazione esogena o endogena è razionale, ma i risultati utili che se ne ottengono sono di scarso valore e non contribuiscono ad aumentare le guarigioni di tali stati morbosi più che non lo possa l'impiego di altri mezzi terapeutici.

Gli effetti utili che la sieroterapia induce su la *curva febbrile*, su gli *apparecchi cardiovascolare e respiratorio*, su gli *emuntori* sono incostanti e la loro presenza od assenza non offre il mezzo di formulare in modo assoluto un giudizio prognostico.

I suoi effetti su l'apparecchio *gastroenterico* sono meno incostanti e più efficaci; poichè la sitofobia sostenuta da abnorme stato organico tende a scomparire.

I suoi effetti su le *condizioni fisiche generali* sono molto diversi da individuo a individuo anche indipendentemente da la gravità del male; il più delle volte non si dimostrano in guisa che venga come che sia modificato il corso della malattia, in qualche caso sembra che possa attenuarsi qualche sintoma d'intossicazione grave o prolungarsi la vita di un infermo o interrompersi uno stato di male epilettico.

I suoi effetti su lo *stato psichico* sono nulli, fuori di qualche caso in cui esso sia legato strettamente a le condizioni fisiche e che dal possibile miglioramento di queste dipenda strettamente il miglioramento suo.

#### BIBLIOGRAFIA

1) Tuffier, Soc. de biologie 1896; per questa ed altre notizie bibliografiche vedi la rivista del prof. C. Gioffredi: La lavatura dell'organismo nelle infezioni e nelle intossicazioni. *Giornale internazionale di scienze mediche*, Anno XXI, 1899.

2) Bosc et Vedel, *Revue Médicale*, Oct. 1897, Mars, Juin 1898.

3) Trémoulet, Thèse de Montpellier, 1898.

4) Tantinoff, Thèse de Montpellier, 1898.

5) Étable, Thèse de Paris, 1898.

6) Lehnartz, Comunicazione a la società medica d'Amburgo, 1900; *Suppl. al Policlinico*, A. VI, n. 30.

7) Giglioli e Calvo, Contributo clinico a lo studio delle iniezioni di siero artificiale nella febbre tifoide. *La settimana medica*, n. 4, 5, 1899, (con alcune notizie bibliografiche).

8) Koranyi, Comunicazione al XVIII Congresso med. intern. a Wiesbaden, 18, 21 Aprile 1900. Rif. in *Rivista critica di clinica medica*, A. I. n. 20.

9) Ilberg, Ueber Kochsalz-infusionen bei collabirten, Nahrung verweigernden Geisteskranken. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 1892, p. 620-38.

10) Lehmann, Kochsalz-infusionen bei abstinirinden Geisteskranken, *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1893, p. 262-65.

11) Mairat et Vires, Citazione di Jaquin e notizia su la *Riforma Medica*, p. 609, V. 3, 1896.

12) Charron et Briche, Recherches cliniques sur l'alcalescence du sang et les injections de solutions alcalines chez les épileptiques. *Archives de neurologie*, n. 24, 1897.

13) Claus, *Bull. de la Société de méd. ment. du Belgique*, séance du 30 Avril 1898; rec. in *Revue Neurologique*, pag. 553, 1898.

14) De Boeck, Des injections de sérum artificiel chez les aliénés. *Bull. de la Soc. de méd. ment. du Belgique*, n. 89, 1898; anal. negli *Archives de Neurologie*, n. 23, 1898.

15) Cullerre, De la transfusion séreuse sous-cutanée dans les psychoses aiguës avec auto-intoxication. *Progrès Médical*, 30 Septembre 1899.

16) Jaquin, Du sérum artificiel en psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques*, n. 3, 1900.

17) Feuillade, Contribution à l'étude de manifestations délirantes qui marquent le déclin des maladies infectieuses. Thèse de Lyon, Juin 1899.

- 18) Sanarelli e Sanquirico, *Archivio italiano di clinica medica*, 1887.
- 19) Dastre e Loye, Lavage du sang. *Archives de physiologie normale e pathologique* 1888; Sur l' injection de l' eau salé dans le vaisseaux, *Ib.* 1889.
- 20) Maccini, *La Clinica chirurgica*, n. 4, 1898.
- 21) Bosc et Vedel, *Archives de physiologie* ecc. 1897.
- 22) Da la Clinica di Modena diretta dal Prof. Galvagni: Legnani, Sopra una cura nuova della polmonite cruposa, *Rif. M<sup>s</sup>* n. 65, 1892; Casistica clinica, *Arch. italiano, Riv. clinica* n. 3, 1893; Pellegrini, *Gazz. degli Ospedali e delle cliniche* 1892, n. 1; Monari, Bassi, Pignatti Morano ecc.
- 23) Bouchard, *Pathologie générale*, V. I. P. II.
- 24) Martel, *Loire médicale*, 15 Mai 1900; Rec. in *Clinica Moderna*, Anno VI, n. 23.
- 25) Fornaca e Micheli, Sulla febbre da iniezione di siero fisiologico. *La Clinica medica italiana*, n. 11, 1898.
- 26) Formeaux, *Presse médicale*, Novembre 1896.
- 27) Masbrenier, Traitement du delirium tremens par les injections sous-cutanées de sérum artificiel, *Presse médicale*, Janvier 1900; anal. in *Archives de Neurologie*, Juillet 1900.

---

## Sulle psicosi da tifo

del Dott. Alberto Vedrani

I. Linda Lor..., di 17 anni, eucitrice. Non ha precedenti di neuropatie o di psicosi in famiglia. Un fratello è morto di tubercolosi.

La ragazza era intelligente e di carattere buono e docile: ha imparato a leggere e scrivere. Secondo il racconto dei parenti non è stata ammalata mai prima del tifo che la colse nell'agosto 1899, mentre assisteva un fratello malato della stessa malattia. I parenti assicurano che fino dal primo giorno la ragazza ha delirato; la ragazza asserisce che dal secondo giorno che s'è messa a letto *non ha più capito niente*. Parlava sempre, giorno e notte: pareva che vedesse delle ombre, dava falsi nomi agli astanti, s'alzava da letto. Negli stadi successivi del tifo prevalse il sopore e lo stupore. Verso la fine di settembre la febbre cadde e ai primi d'ottobre si cominciò ad alzarla; ma essa appariva ammalata di mente. Stava le intere giornate come stupidita: qualche momento però si riscoteva e si metteva a tremare tutta, dicendo che le pizzicavano la carne e la mordevano. Di notte, quasi costantemente, urlava terrorizzata che sentiva venir gente a batterla, e non si quietava se non a lume acceso. Così ha seguitato a casa per tre mesi. Si alternavano giorni in cui riconosceva tutti quelli di casa, discorreva bene e diceva essa stessa: *mi pare di risuscitare*, con altri giorni più frequenti in cui



stava come stordita o piangeva puerilmente o cantava nenie, e chiamava le persone con falsi nomi. Più d'una volta domandava piangendo il prete e gli ultimi sacramenti, perchè sentiva di dover morire. Soprattutto erano frequenti accessi di angoscia e di terrore: si metteva in ascolto, diceva: *ecco che vengono*, e allora tremava, batteva i denti, morsicava le lenzuola, batteva la testa nel muro: mai ha perdute le orine. In uno di questi accessi ha tentato di gettarsi nel pozzo, onde la famiglia si determinò a ricoverarla nel manicomio (Febbraio 1900).

Nei primi giorni pareva tenuta da uno stato permanente di spavento e d'angoscia. Facilmente trasaliva: di notte gridava: *ho paura! vengono! muoio!* Si metteva in sospetto pure vedendo ridere gli altri. Del resto era completamente orientata; faceva bene di conti, sebbene con facile esauribilità, aveva ricordi esatti del passato (*« assistivo i miei fratelli ed ho preso il tifo: sono andata a letto in agosto, dal secondo giorno non ho più capito niente; solo m'hanno detto che sono stata a letto 49 giorni... »*). L'affettività era sempre vivace ed aveva espressioni infantili (*« correi andare a servire piuttosto che star qui senza far niente.... vedo che tutti gli altri sono belli e allegri: io invece sono così afflitta! »*). Era sempre scarsa di parole e non dava ragione dei suoi terrori.

L'esame degli organi del petto e dell'addome e quello del sistema nervoso non ha messo in vista nulla di rilevante. Come la ragazza era in uno stato di nutrizione deperita, fu prescritta una cura ricostituente. Parallelamente al rifiorire della nutrizione scomparve presto la panofobia e l'esagerata emotività, e la ragazza fu dimessa guarita in capo a un mese. Tale si mantiene tuttora (dopo sei mesi).

II. Raminga F. M. è mandata al Manicomio provinciale di Ferrara il 22 Maggio 1899 dall'ospedale di R... con le seguenti notizie anamnestiche.

« Ha 28 anni; non risulta che derivi da genitori psicopatici o neuropatici: era d'indole morale buona, sviluppo intellettuale sufficiente, istruzione dissereta. Era di condizione povera e attendeva a lavori domestici.

Durante la convalescenza d'una febbre tifoide (otto giorni dopo scomparsa la febbre) ebbe una leggera recidiva, causata, pare, da disordini dietetici. Contemporaneamente fu presa all'improvviso da delirio maniaco, in forma di delirio acuto, con sitofobia, e condotta all'ospedale il 16 aprile 1899 in condizioni fisiche inquietanti per la grandissima prostrazione che presentava. La febbre, con temperatura di 39 al mattino e 40 circa alla sera, continuò per circa dieci giorni dopo il suo ingresso; e durante tale periodo si dovette costantemente alimentarla colla sonda esofagea. Caduta la temperatura, crebbe l'agitazione con aumento dell'insonnia, dei clamori, delle idee deliranti a fondo melanconico. In complesso si può dire che nel mese che fu qui (nell'ospedale di R...) è peggiorata progressivamente riguardo alla psiche, mentre si è alquanto rimessa fisicamente. »

22 maggio 1899 - 21 settembre 1899. È il periodo che la donna ha passato nel manicomio di Ferrara. In tutto questo tempo il suo contegno è stato uniforme. Non ha mai rifiutato il cibo e si è sempre urinata addosso. Ha faccia apatica: solo qualche volta vi si disegna una fuggevole espressione di sofferenza, o d'insofferenza e di disgusto se alcuno le si accosta per interrogarla. Tiene costantemente gli occhi bassi, non mostra interesse per l'ambiente. Qualche volta senza ragione si mette a piagnucolare in modo e con smorfie infantili. A letto decombe supina, colla testa eretta con gli avambracci e le gambe in flessione: se si fanno dei tentativi di estensione, la donna si oppone energicamente: la resistenza è accompagnata da una protesta verbale: « *ma stia fermo che quando mi tocca lei dopo....* », o da un *rapido* tentativo di percuotere l'importuno osservatore. Allo stesso modo, con espressione vivace d'insofferenza e di fastidio, si schermisce ad ogni esame e negl'interrogatori.

*D. Come hai nome?*

*R. niente* (singhiozza e si guarda le dita) *tutti qui da me a scrivere.... ma faccia a meno di scrivere!*

*D. Ma che cosa scrivo io?*

*R. Non so*

*D. Chi sono io?*

*R. Ma lo so io chi è lei!*

*D. Quanti anni hai?*

*R. Non lo so.*

E così sempre la risposta è: *Ma non lo so! vada via! andiamo, vada via!*

Qualche volta invece (soprattutto nell'ultimo mese) parla spontaneamente (mai in presenza dei medici); esprimendo idee deliranti o apprezzamenti illusionari dell'ambiente e favoleggiando. Le hanno cambiata la testa, essa è tutta tagliata, è il diavolo, anche il medico è il diavolo, anzi è il fratello della Luzia. Il 21 settembre, per volontà della famiglia e contro il parere dei medici, fu dimessa, e prima d'andar via dichiarò alle compagne che andava a disseppellire in un cimitero dei tesori, dei milioni nascosti sotto terra. Negli ultimi tempi lavorava di calza con lena e con rapidità di movimenti. Coi medici non ha mai variato il suo contegno negativista.

Pochi giorni dopo uscita, condotta a viaggiare, la donna si è rapidamente e completaente riordinata. Ora (dopo undici mesi) la guarigione si mantiene completa.

Queste sindromi insorte col tifo e (possiamo dirlo fin d'ora con giustificata presunzione di certezza) per il tifo, sindromi così complesse che non bastano a designarle le formole classiche di mania, melanconia, confusione, stupore o la più recente di para-

noia acuta, mi hanno data occasione a dubbiezze e a perplessità prognostiche, e stimolo a riandare gl'insegnamenti della patologia mentale in proposito delle psicosi suscitate dal tifo. Ed ecco che cosa si può raccogliere da sparse pagine. Due casi specialmente preparano all'alienista problemi pratici di difficile soluzione: il primo è quando il delirio è il primo sintoma d'una febbre tifoide invadente; il secondo quando, al finire del tifo, si ha come residuo l'alienazione mentale.

Accade qualche volta che sintomi di disordine psichico sono la prima manifestazione del tifo.

Scriva Kraepelin (1): « A me quattro volte fin qui è occorso che ammalati con tifo incipiente (una volta esantematico) sono stati condotti da me come malati di mente ». Tra i clinici medici, Hanot ha pubblicato di simili osservazioni. « Sappiate, egli scrive (2), che i fenomeni cerebrali possono scoppiare con violenza nei primi giorni sotto forma di mania. Dei malati sono stati mandati in una casa di salute per fenomeni maniaci che mascheravano una dotienenteria. Presto la malattia si mostrava in pieno giorno, mentre la vesania andava attenuandosi e spariva completamente. Guardatevi dal cadere in un tale errore, dannoso da più lati. Io ho visto, molti anni sono, due casi di febbre tifoide cominciare con lipemania e con delirio di grandezza. Voi potrete trovarli nella tesi del dottor Bartelet. Nell'uno si tratta di una giovane donna che si accusava d'aver annegato i suoi due bambini, e piangeva senza tregua e implorava misericordia; nell'altro di un uomo che si diceva direttore dell'Opera e distribuiva logge a tutti quelli che lo circondavano. Questi due malati erano stati trasferiti all'asilo Sainte-Anne, dove la diagnosi poté essere rettificata poco tempo dopo. » Un esempio di delirio iniziale d'una febbre tifoide lo pubblica, in un recente interessante lavoro (3), il Prof. Guizzetti di Parma. Si tratta di una giovane di 20 anni, figlia di madre istero-epilettica. La paziente aveva pure presentato dei fenomeni isterici ed abusava di vino.

---

(1) *Psychiatrie* 1899 II Bd p 18.

(2) *Début de la fièvre typhoïde. La Semaine médicale* 1894 p 511.

(3) Guizzetti. Tifoidi senza lesioni intestinali e setticoemie tifiche. *La Clinica medica italiana* 1900 N. 6.

« La malattia attuale iniziò con malessere generale, a cui si aggiunse presto un delirio a caratteri tali che, tenuto conto anche dei precedenti, fu da due medici, che si succedettero a curarla, ritenuta isterica e fu curata coi bromuri. Era sempre stata apirettica.

Entrò all'Ospedale addì 19 Agosto 1898, in dodicesima giornata circa di malattia.

Costituzione robusta, ma assai emaciata. Cranio mal conformato. Era apirettica ed aveva un delirio che sembrava vesanico. Seduta sulla sponda del letto, litigava collo malate vicine, poi, quando era sicura di non essere osservata, scendeva quietamente dal letto come una persona cosciente e cercava di rubare loro il vino.

Nel secondo giorno di degenza la temperatura salì rapidamente a 40, e nello stesso tempo il delirio divenne furioso con allucinazioni terrificanti. Continuò così per 36 ore. In questo tempo la temperatura oscillava fra 38,4 e 39,6, mentre il polso saliva rapidamente fino a 128 al minuto. Ora il delirio tendeva a quietarsi, quando l'inferma, all'improvviso, come per sincope, moriva.

Non vi erano state roseole, l'alvo chiuso, non meteorismo, non gorgoglio ileo-cecale, la milza non ingrandita. Orina acida, d. 1021, senza albumina ».

Interessante è il reperto anatomico e bacteriologico.

« Osservai per primo l'intestino e non vi trovai nè ulceri nè tumefazioni di nessun grado dei follicoli e placche di Peyer; la mucosa era solamente molto congesta in modo diffuso. Alcune delle glandole mesenteriche erano grosse come fagioli, congeste; nell'insieme però non avevano la distribuzione caratteristica della tifoide.

La milza, di volume e consistenza quasi del tutto normali, era un po' congesta qua e là a chiazze. Reni moderatamente congesti. Polmoni congesti. Miocardio pallido e flaccido.

Il liquido cefalo-rachidiano normale, la pia alquanto congesta e qua e là sensibilmente aderente alla sostanza cerebrale: non presentava essudati. La sostanza cerebrale pure congesta.

Convinto, per l'integrità dell'intestino, che non si trattasse di tifoide, limitai le colture al cervello, milza e sangue del cuore.

Dal cervello nove colture innestate ognuna con circa 1 cent. di sostanza cerebrale. Di esse sei rimasero sterili e le tre rimanenti diedero rispettivamente sviluppo a 4-18-30 colonie di bacillo del tifo puro. Dalla milza un'infinità di colonie dello stesso bacillo.

Dal sangue del ventricolo destro e orecchietta feci le colture con una grossa ansa di sangue, e ognuno di esse lasciò sviluppare da 100 colonie a poco più di bacillo del tifo allo stato puro.

Tagliai cinque pezzi del cervello induriti in alcool, tre inclusi in celloidina e due fissati semplicemente colla miscela di gelatina e glicerina. Non vi rinvenni i bacilli: istologicamente trovai una spiccata congestione venosa ed emorragie non rare nelle guaine linfatiche. Di più vi erano delle file interrotte di leucociti mononucleati nelle guaine stesse e deposito di pigmento sanguigno nelle pareti vasali ».

Mi sia lecito di riprodurre ancora la conclusione del lavoro del prof. Guizzetti, la quale è piena d'importanza anche per la questione oggi tanto dibattuta del delirio acuto.

« Io per le mie due osservazioni di tifoide senza lesioni intestinali debbo chiamare l'attenzione sulla prevalenza dei fenomeni nervosi, da condurre nell'una alla diagnosi di meningite e nell'altra a quella di meningotifo. E accanto ai miei rammento un caso di Pollack, morto in decima giornata di malattia con lievissime lesioni intestinali, e nel quale lungo la malattia aveva dominato un delirio furioso (1). In questi casi, se fosse mancata la ricerca batteriologica, davanti ai risultati negativi della necropsopia, il medico poteva fare e sostenere le supposizioni più disparate.

Ricordo che di recente Audemard ebbe a dire che il delirio acuto in certi casi fa supporre l'origine tifica ed io vorrei volgere le domanda ai cultori di psichiatria, se per caso la prima delle mie osservazioni non appoggia in qualche modo cotesta affermazione. Se poi in questi casi si fossero limitate le colture al cervello, trascurando il sangue, si sarebbe forse fatta la diagnosi di meningite sierosa (Quincke) tifica o almeno di cerebro-tifo, mentre in realtà i risultati batteriologici del cervello erano subordinati a quelli del sangue. Questo mi fa chiedere se alcuni dei casi pubblicati come meningiti tifiche non fossero in sostanza che delle *settico-emie tifiche*.

Avevano dunque ragione, e bene si sono apposti, molti anni sono, Winter e Kraepelin (2), quando appunto, per una considerazione etiologica, rilevarono e distinsero i disordini psichici che si vedono talvolta insorgere nello stadio prodromico e nei primi

---

(1) Un caso come questi di Guizzetti e di Pollack è stato pubblicato da Aschaffenburg (citato più innanzi); si trattava di un delirio iniziale tifico; la morte avvenne in decima giornata: e alla necropsopia si trovarono lievi alterazioni anatomiche nell'intestino. Questo caso è interessante anche per le alterazioni che Nissl riuscì a dimostrare col suo metodo nella corteccia cerebrale.

(2) Ueber den Einfluss acuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten (*Archiv f. Psych. Bd XII*). In questo poderoso e magistrale lavoro è raccolta tutta la letteratura fino al 1882.

giorni del tifo e li designarono per brevità col nome di delirio iniziale, in contrapposto a quelli insorgenti negli stati successivi di quel processo morboso. Chi in questa distinzione come nelle altre che seguiranno volesse vedere al solito la tendenza al sottilizzare e allo schematizzare può meditare con profitto quello che Lugaro ha scritto recentemente: « la tendenza a distinguere... a cercare l'ordine e la legge ove un esame superficiale non sa trovare che un apparente disordine... è tendenza progressiva; regressiva è invece quella che si adagia nella comoda formula dell'indistinto del diffuso e dell'inestricabile, e mira a disconoscere le conquiste di pazienti ed oculute indagini. » Un alienista non può appagarsi di vaghi accenni a disordini psichici che vengono e vanno col tifo, come la roseola e la diarrea.

La considerazione etiologica adunque era questa, che se delle alienazioni dei periodi ulteriori del tifo può riferirsi le origini a molti fattori: la febbre, l'esaurimento, i disturbi di circolo ecc., questi disordini psichici dell'inizio non possono avere altra cagione (prescindendo dalla parte che nella causa composta può avere la predisposizione individuale) che il circolare di tossine specifiche nel sangue (*Blutvergiftung durch spezifische Fermente*). Si tratta insomma, osserva fin d'allora Kraepelin, di un delirio infettivo, come si dà nell'inizio del vaiolo, nel corso della lissa e in quelle forme di intermittente larvata, nella quale, in luogo dei tipici accessi febbrili, si presentano deliri, qualche volta proprio senza febbre. Questa patogenesi è tanto più verosimile pel delirio iniziale, dopo che clinici medici eminenti l'hanno dimostrata anche per deliri insorgenti lungo il corso del tifo.

Strümpell infatti si esprime così: « L'opinione sostenuta soprattutto dal Liebermeister, secondo la quale i sintomi nervosi sarebbero soprattutto una conseguenza dell'aumento della temperatura febbrile, si è abbastanza diffusa fra i medici; ma io non posso accettarla per tutti i casi, fondandomi sopra una numerosa serie di osservazioni spassionate. Quantunque non si possa affatto porre in dubbio l'influenza nociva dell'aumentata temperatura sul sistema nervoso, nondimeno *la mancanza di rapporto fra l'altezza della febbre e la gravità dei disturbi nervosi risulta nel modo più evidente in un gran numero di casi*. Si osservano infermi con febbre alta e continua per molti giorni, i

quali subiettivamente si sentono bene e non mostrano alcuna traccia di forte disturbo cerebrale: ma molto più frequenti sono i casi in cui sin dal principio la febbre è leggera e vi sono i più gravi disturbi nervosi ». (1)

Anche Fräntzel (2) ha scritto che « i sintomi cerebrali sembrano essere in rapporto inverso colla temperatura », e Gerhardt (3), trattando dei tifi che decorrono afebrili, fa questa precisa osservazione: « Qualche volta nel corso della tifoide si presenta un periodo *afebrile* di più giorni e nello stesso tempo gravi disordini cerebrali, confusione completa, logorrea e stati di sopore. Tutto ciò finisce e si cambia, nel tempo stesso che la temperatura s'innalza e la febbre prende il suo corso regolare ». Chi volesse vedere in casi concreti maggiori prove dell'indipendenza del delirio iniziale del tifo dall'elevazione febbrile, può trovarle accumulate ed esaurienti nel lavoro abbastanza recente (1896) di Aschaffenburg (4), il quale raccoglie 17 casi di delirio iniziale, qualcuno di osservazione propria, la maggior parte sparsi nella letteratura. « In tutti i 17 casi il principio della psicosi fu nella prima settimana, per lo più il 4°, 5° giorno dopo la comparsa dei primi sintomi. In cinque ammalati il delirio si presentò prima che fosse constatata una elevazione termica ».

Ed ecco, dedotta da questa casistica, la sintomatologia del delirio iniziale del tifo. Se ne distinguono due tipi con forme di passaggio. Nell'uno si tratta di un delirio pacifico con illusioni e allucinazioni. Gli ammalati si credono avvelenati, perseguitati in vario modo: sentono parlare i parenti, vedono fuoco e fantasmi minacciosi. Qualche volta favoleggiano di straordinari avvenimenti. Inoltre c'è viva angoscia o depressione e tristezza.

Il secondo, che può anche svolgersi dal primo, ha le apparenze dell'eccitamento maniaco, che in principio può essere mite, poi rapidamente il disordine si esagera fino alla completa confusione delirante con logorrea, allucinazioni e agitazione insensata. Col salire della febbre questi disordini cessano, come Kraepelin

---

(1) Trattato. Trad. it. Vol. I. pag. 20.

(2) cit. da Aschaffenburg.

(3) cit. da Aschaffenburg.

(4) Ueber initialdelirien bei Typhus (*Allgem. Zeitsch. f. Psych.* Bd LII).

ha veduto due volte, o si prolungano in un vero e proprio delirio febbrile; ma in ogni caso è straordinariamente grande il pericolo dell'esito mortale della malattia; solo 40 - 50 % dei malati scampano la vita e vengono a guarigione.

Qui si presenta il problema pratico: è possibile la diagnosi del delirio iniziale del tifo? La scuola di Heidelberg dà questi insegnamenti: la diagnosi del delirio iniziale può essere difficile, e molto difficile, finchè non si scoprono i segni della malattia generale, ma non impossibile: infatti Kraepelin ha potuto quattro volte stabilire fin da principio la diagnosi di verosimiglianza. In un caso la diagnosi fu posta 24 ore dopo l'ammissione in clinica, quando ancora non c'era febbre nè altro sintomo somatico del tifo. Per affermarla con probabilità bisogna prima avere eliminato il sospetto di quelle psicosi che si svolgono con stordimento o confusione delirante. Lì per lì un medico può credere a uno stato crepuscolare epilettico: il trovare logorrea, che è sintoma decisamente improprio agli stati crepuscolari, basterebbe ad escluderne la supposizione. Facile può essere lo scambio diagnostico con un accesso di frenosi maniaco-depressiva: lo stordimento più profondo parla più pel delirio iniziale; invece la facilità grande di reazioni agli stimoli esteriori, la maggiore produttività, l'assenza o poca importanza delle illusioni e allucinazioni parlano più per la mania. Il caso potrebbe essere difficile se, come spesso accade, alla mania s'aggiungesse presto la febbre. Più d'una volta si vede in questi casi la febbre elevarsi, e sopravvenire la morte in capo a qualche settimana: i casi sono di quelli che vanno a confluire nel mare magnum del *delirio acuto*. A proposito del quale, è certamente giustificato il dubbio di Guizzetti che molti di questi malati « dalle labbra aride e fuliginose » (secondo la classica descrizione di Calmeil) non siano altro che tifosi: in fondo questa sindrome del delirio acuto che, sintoma più sintoma meno, si trova negli stati patologici più diversi (io l'ho vista una volta in un caso di pneumonite dell'apice); che per l'inganno di somiglianze esteriori accumuna insieme psicosi di natura diversa: deliri da collasso, o tossici, deliri epilettici, episodî spesso mortali della frenosi maniaco-depressiva, della paralisi, della melancolia, psicosi infettive criptogenetiche o sostenute dal bacillo di Bianchi e Piccinino; questa sindrome è



la stessa che abbiamo imparato a conoscere come espressione di setticemie tifiche.

Il problema clinico può anche presentarsi in modo che si debba discutere la possibilità della paralisi (esempio il caso sopra citato dell'Hanot), del delirio da collasso o dell'amenza o di episodî della catatonìa. Io non seguirò a riferire dalle opere del clinico di Heidelberg quei criteri di diagnosi differenziale che ognuno può attingere direttamente; anche perchè qui meglio che disquisire varrebbe l'esemplificare.

L'opportunità non potrà mancare in seguito se si porrà mente a questo punto di dottrina, perchè il delirio iniziale del tifo non è cosa molto rara: Betke in 215 casi di tifo, di cui poté conoscere il principio, trovò che 68 volte gli ammalati avevano cominciato a delirare nella prima settimana. Una volta entrati, per l'analisi dei sintomi psichici, nel sospetto che la psicopatia segni l'invasione dell'infezione tifoide, si domanda luce ai metodi d'esame proposti dalla clinica generale. Molti anni sono Dumesnil credette che il trovare albumina nelle urine fosse sintoma straordinariamente importante per diagnosticare l'origine tifosa d'un delirio. Questo oggi non si può più dire, ma riman fermo che l'albumina si trova in molti casi fin dalla prima settimana. Aschaffenburg l'ha trovata frequentemente nei suoi casi di delirio iniziale. La reazione di Widal non è utilizzabile per la diagnosi precoce che in pochi casi soltanto, ma ci sono osservazioni nelle quali questo fenomeno è stato trovato fino dalla 2.<sup>a</sup>, 3.<sup>a</sup>, 4.<sup>a</sup> e 5.<sup>a</sup> giornata.

Più frequenti e difficili problemi sottopone all'alienista il secondo caso, quando cioè il tifo finisce lasciando, come strascico, l'alienazione mentale. La quale d'ordinario è un prolungamento dei disordini psichici insorti nel corso della malattia; che, stando alla statistica raccolta da Kraepelin nell'anno 1882, 51,6 0/0 finiscono nei primi otto giorni, 24,6 si prolungano per uno o più mesi, il resto dura anche più d'un anno: certo però che non è senza eccezione, come bene osserva Silvagni (1), il precetto di Thoinot, secondo il quale « non vi ha delirio di convalescenza

---

(1) Silvagni. La febbre tifoide negli ospedali di Bologna. *Archivio italiano di clinica medica* 1895 p. 493.

se non ve n'è stato durante la malattia ». Infatti « in un maschio di 28 anni (Murri), che aveva avuto una tifoide con decorso normale, insorse delirio, forse da inanizione, dopo cessata la febbre ». Ma, prescindendo dalle psicosi da esaurimento con le forme ben definite del delirio da collasso e dell'amenza, le psicosi che s'incontrano più frequentemente, come residuo d'una infezione tifica, sono queste che Kraepelin (1) raccoglie nei cinque gruppi degli *infectiöse Schwächezustände*.

Il primo gruppo raccoglie le forme più leggere degli indebolimenti psichici da infezione: e sono tutt'uno coll'abbattimento psichico e somatico di chi esce da una grave malattia infettiva: infatti queste forme si notano frequentemente dopo il reumatismo articolare acuto e l'influenza. Gli ammalati restano straordinariamente esauribili, incapaci di pensare, di leggere, di scrivere una lettera. Non fanno nulla, sono indifferenti, incapaci di risoluzioni.

« L'orientamento è normale e così la percezione; ma ad occhi chiusi si presentano figure, susurri negli orecchi, speciali sensazioni nel corpo che sono interpretate come gravi sintomi di malattia. L'umore è triste, irritabile, querulo; non di rado si presentano improvvisi accessi d'angoscia, specie di notte. Saltano fuori tristi presentimenti, pensieri di morte, sospetti del medico e dell'ambiente, paura d'avvelenamento, idee ipocondriache e anche di colpa. In conseguenza possono sopravvenire manifestazioni violente contro i circostanti, tentativi di suicidio, rifiuto di cibo. Un malato faceva testamento e chiamava telegraficamente i parenti intorno al suo supposto letto di morte. Per lo più gli ammalati sono rattenuti e scarsi di parole, quasi stuporosi: esternano poco le loro idee deliranti; ne rivelano poi le particolarità nel tempo della guarigione. Il sonno e l'appetito sono per solito molto manchevoli; il peso del corpo abbassato. La durata è di alcune settimane o mesi: poi suole stabilirsi la guarigione ».

Un secondo gruppo presenta a tinte più cariche il quadro del primo: infatti ci sono spiccate illusioni ed allucinazioni, strane concezioni deliranti, stati di eccitamento con angoscia e confusione. La psicosi s'inizia nel periodo febbrile con oscuramento

---

(1) Psychiatrie VI Aufl. Bd II. p. 19.

della coscienza e delirio; ma, dopo caduta la febbre, si prolunga per mesi, benchè nei casi favorevoli non duri più d'un anno.

« Anche la terza più grave forma suole iniziarsi con violenti deliri, ma presto passa a stati stuporosi. Gli ammalati diventano, non ostante il miglioramento fisico, ottusi, incapaci a comprendere e ad elaborare impressioni esterne, deboli di memoria e di giudizio. Il loro umore è indifferente, qualche volta piagnucoloso; sono silenziosi, ottusi o fanciullescamente inquieti; giacciono a letto immobili, non sono al caso di prender cibo da sè o tenersi puliti, bisogna imboccarli e curarli come bambini. La nutrizione è per lo più scaduta nel modo più manifesto, la muscolatura scomparsa, qualche volta si rivelano i sintomi di un grave patimento cerebrale, emiparalisi, disturbo della favella, crampi epilettiformi.

La prognosi di questi stati, che si sono osservati principalmente dopo il tifo, in forma più leggera dopo il cholera, è molto dubbia. Solo in metà dei casi segue per lo più dopo una durata lunga, di molti mesi, una rapida completa guarigione. Negli altri casi si stabilisce a poco a poco un miglioramento, ma gli ammalati rimangono senza vita psichica ed affettiva, poveri di pensiero, smemorati, indifferenti e deboli di volontà. In due di questi casi io vidi che restarono per molto tempo degli accessi epilettici.

Un'impronta essenzialmente diversa che i disturbi fin qui considerati porta un gruppo più grande di casi che sono stati osservati per lo più dopo il tifo, qualche volta forse anche dopo il cholera. Si tratta dello svilupparsi rapido di stati di eccitamento con vivace confusione, logorrea e idee di grandezza portentose. Dopo prodromi insignificanti gli ammalati cominciano, più spesso già durante la febbre, ad essere molto inquieti. Essi perdono l'orientamento; comprendono in modo manchevole, sono molto distratti, sentono voci, vedono angeli, fiori nella camera, persone di teatro colle quali confabulano. Nello stesso tempo vien fuori un florido delirio di grandezza che somiglia del tutto al paralitico. L'ammalato è Dio, le sue bevande nettare, egli possiede molti castelli, riceve visite di re e d'imperatori, ha rapporti sessuali con principesse. Allo stesso modo sono giudicate le persone e le circostanze. I compagni d'ospedale sono alte personalità, alcuni fogli di carta biglietti di banca di gran valore. L'am-

malato favoleggia in modo insensato, si lascia distrarre con straordinaria facilità. L'umore è ora sdegnoso e irritabile, ora sereno ed esuberante. Manca ogni coscienza della malattia ». L'esito di questa forma è la guarigione completa in una parte dei casi. La durata è di mesi. Un numero non piccolo di casi invece finisce in demenza.

Finalmente, provocata dal tifo, si nota anche la forma di Korssakow con i particolari disturbi della memoria e con le lesioni polineuritiche.

Sicchè, tornando ai due casi, dei quali ho data in principio una breve descrizione del decorso e dei sintomi più salienti, noi possiamo dir questo: che essi ripetono forme cliniche già vedute e notate, in seguito a tifo, da altri osservatori. Nel primo caso la psicosi s'inizia col tifo, e dura complessivamente sei mesi (cinque mesi dopo la caduta della febbre), e lungo il decorso tiene dei caratteri del primo e secondo gruppo degli stati psicopatici postinfettivi di Kraepelin. Anche volendo far la diagnosi dalla forma clinica e non dar peso all'etiologia, era impossibile ravvisare in questo quadro morboso uno di quei processi soliti ad insorgere nell'età giovanile. A che cosa mai si sarebbe potuto pensare? L'affettività, così viva in questa giovane, bastava ad escludere la demenza precoce; e l'assenza del rallentamento psicomotorio allontanava il sospetto della frenosi maniaco-depressiva.

Con maggior ragione si potrebbe pensare alla catatonìa nel secondo caso; e ci si potrebbe pensare, non ostante la sopravvenuta guarigione, perchè è noto che i medici tedeschi hanno avuto il conforto di vedere, 20 volte su cento casi di catatonìa, sopravvivere remissioni che sembrano guarigioni. Ma io credo di poter escludere questa supposizione per diverse ragioni: prima perchè il negativismo di questa donna non era completo, ed essa *reagiva al menomo tocco costantemente, con espressione virace di disgusto e d'ira*, fenomeno che avviene qualche volta ma è affatto insolito nei catatonici nel periodo dell'attonitaggine: qui invece era costante; seconda perchè era il tifo che aveva dato luogo a questo stato psicopatico: ora la letteratura che io ho potuto consultare non dice che il tifo abbia mai suscitato direttamente la malattia di Kahlbaum. Per ciò io ascrivo piuttosto questo caso al terzo gruppo del Kraepelin, di cui rende fedelmente i caratteri,

**Manicomio Provinciale di Brescia diretto dal Prof. G. Seppilli**

---

### **Paralisi generale consecutiva e trauma al capo**

del Dottor **A. Lui** - 1.<sup>o</sup> Medico Aiuto

Che un traumatismo cranico possa di per sè solo essere causa della paralisi progressiva è questione oggidi sempre discussa, come d'altra parte non è per anco risolta concordemente la questione generale relativa all'eziologia di questa grave malattia mentale. E la difficoltà consiste nella scarsità dei casi in cui si può stabilire la speciale efficienza di questo fattore, e nel trovarsi, quando esiste, per lo più associato ad altri momenti che nell'eziologia della demenza paralitica occupano il posto più importante, secondo molti anzi hanno il valore esclusivo di cause determinanti.

Di secondaria importanza così riesce il trauma al capo per quelli che come l'Hirschl non vogliono vedere nella paralisi progressiva che una forma di sifilide tardiva, e per quelli che come il Fournier, il Moebius, lo Strümpell ed altri ne sostengono se non la natura l'origine sifilitica. Per tutti questi l'azione del traumatismo avrebbe tutt'al più il valore di un momento occasionale che o determinerebbe l'esplosione delle manifestazioni sifilitiche sotto forma di un'encefalite specifica, o potrebbe agire in modo esiziale sopra un terreno già reso vulnerabile e preparato alla rovina della pregressa azione delle tossine sifilitiche.

Ma anche per la maggior parte di quelli che non accettando tale teoria sull'eziologia di quest'affezione morbosa, che a vero dire non ci pare regga ad una critica un poco severa dei fatti statistici, clinici ed anatomopatologici, concedono alla medesima un campo più largo di cause, la straordinaria prevalenza delle influenze tossiche, dell'alcool e della sifilide in ispecie, degli eccessi in genere, la frequenza colla quale si combinano variamente fra di loro in uno stesso individuo, sono argomento per ritenere che sia malsicuro a stabilirsi nel caso speciale uno stretto rapporto fra trauma e paralisi, e che piuttosto, come si esprimeva

il Lewald in un suo studio critico, esso sia soltanto un momento attivo in presenza di altri fattori predisponenti, o un momento predisponente che offra terreno favorevole ad altre occasioni morbigene.

L'importanza però dei traumatismi cranici nella genesi della demenza paralitica era già stata posta in grandissima evidenza dal Bayle nel 1826, dal Calmeil nel 1859. Più tardi nel 67 lo Skae ammetteva una follia traumatica che spesso terminava in demenza e che il Vallon nel suo studio in argomento ritiene probabile essere stata soventi di natura paralitica; e il Voisin più esplicitamente esprimeva il concetto essere la paralisi progressiva l'accidente più grave dei traumi al capo. Lo Schüle, il Forel, K. Ebing, Bergmann, Magnan e Serieux, pur ammettendone la rarità, non escludono che il traumatismo cranico possa essere l'unica causa della malattia: nè lo esclude, quantunque esprima un certo riserbo, il Bianchi, al quale si deve la descrizione di 3 casi, in uno dei quali i primi disordini mentali si iniziarono tosto dopo l'azione della causa anzidetta: il Kraepelin, il Gudden, benchè esprimano un riserbo anche maggiore, pure convengono che al trauma alla testa può seguire in alcuni casi immediatamente la paralisi.

Ma la vera nozione d'una paralisi d'origine traumatica nello stretto senso della parola ci sembra venga a stabilirsi quando esaminiamo le singole osservazioni che si trovano sparse nella letteratura, e diamo un breve sguardo ai dati sperimentali, fisio e anatomopatologici, che ci permettono di ricostruire approssimativamente il meccanismo di produzione delle alterazioni proprie di questa malattia in relazione a detta causa.

Ed è con questo mezzo che possiamo ritenere che accanto a quelle forme dove il trauma non è il momento essenziale, altre ne esistono in cui al traumatismo solo debbonsi attribuire le lesioni che qualificano quest'affezione morbosa. Esiste infatti una casistica se non troppo numerosa degna però d'essere presa in considerazione a questo riguardo: basterebbe riferirsi allo studio del Vallon per trovarla sufficientemente riportata; ma anche altre osservazioni debbono essere menzionate, che portano un contributo positivo in argomento.

Il Mabilie descrive il caso di un individuo morto a 30 anni di demenza paralitica, dove al difuori della lesione al capo

nessun altro momento eziologico fu dato di rintracciare. Alla sezione riscontrò l'emisfero cerebrale corrispondente al trauma meno pesante, aderenze della dura all'osso cranico in corrispondenza della frattura antica, scomparsa in loco di sostanza cerebrale e aderenze meningoencefaliche estese: laonde ritiene che un lento lavoro consecutivo alla lesione abbia prodotto la meningoencefalite. Il Ball ne riferisce 3 casi, nei quali la malattia si manifestò immediatamente dopo un trauma al capo; in uno di essi non v'era la minima traccia di predisposizione di nessuna natura, per cui a quello solo dovevansi attribuire le lesioni sviluppatesi. Analogamente il Poggi comunicò un'osservazione di un giovane completamente sano sotto ogni riguardo in cui i fenomeni morbosi si iniziarono qualche settimana dopo aver riportato un urto violento al capo con perdita della coscienza; unico momento predisponente trovò la precoce sutura delle ossa craniche che dovevano aver ostacolato il regolare sviluppo del cervello. Dietz espone un caso molto netto, senza eredità, senza abusi, senza sifilide, sviluppatosi rapidamente dopo circa 2 mesi: Hirsch un altro con fenomeni rapidi di demenza ed emiatrofia della lingua. K. Ebing cita l'osservazione d'una ragazza in precedenza del tutto sana che riportò forti lesioni al capo e grave commozione cerebrale in seguito all'accidente d'una valanga, nella quale ben presto si manifestarono i fenomeni paralitici. Meschede riferisce una dettagliata osservazione d'una donna, senza labe ereditaria d'alcun genere, e in cui nessun'altra causa menomamente apprezzabile fu dato rintracciare, la quale in seguito a forti percosse alla testa rimase per alcun tempo priva di sensi, accusò in seguito intensa cefalea, e dopo circa 2 mesi incominciò a manifestare i sintomi della paralisi generale, che andò man mano evolvendosi nel suo quadro classico, con idee di grandezza, stato di demenza progressiva, accessi epi ed apoplettiformi. Morta dopo 4 anni, la autopsia dimostrò le lesioni caratteristiche della malattia, nel mentre nessuna alterazione esisteva che potesse far pensare ad una pregressa infezione sifilitica. Ed interessantissima poi riesce, quantunque troppo assoluta nelle sue deduzioni, una pubblicazione di Köppen, dal punto di vista eziologico, clinico ed anatomopatologico. Egli non solo dall'esame de' suoi casi si ritiene autorizzato a riconoscere una demenza paralitica d'origine traumatica, ma alla stre-

gua de'suoi reperti a specificarne, come vedremo, la patogenesi in una caratteristica e diffusa alterazione dei vasi specie della corteccia cerebrale.

Se da una parte perciò nessuno dubita che il traumatismo cranico possa servire di causa occasionale o predisponente alla paralisi generale, dall'altra esistono delle osservazioni degne di fede, e noi citammo le principali, che dimostrano come possa esserne l'unica: e questo è il punto importante, perchè solo in questo senso è dato d'assegnare al medesimo il valore di un vero momento causale, e di lumeggiare la questione generale dell'eziologia di questa forma morbosa.

E a confortare tale opinione sta eziandio il fatto che anche al di fuori della paralisi progressiva per molte altre malattie croniche diffuse agli organi nervosi centrali talvolta è stata ammessa esclusivamente l'origine traumatica. Così il Wulff in un suo recente lavoro riassume egregiamente quanta parte abbiano i traumatismi cranici nell'eziologia di molte cerebropatie nel parto e nell'epoca dello sviluppo con esito in pachimeningiti, lepto e meningoencefaliti croniche, in idro e porencefalia, in atrofia e sclerosi cerebrale. Il Mendel ricorda 4 casi di sclerosi multipla che mette senz'altro in relazione alle alterazioni vascolari consecutive alla causa in discorso, e in questa veduta collimano perfettamente Leube, Kaiser e Jützler: Sängner aggiunge un'analogha osservazione, confermata dal Lotsch. Erb descrive due casi di poliomielite anteriore cronica, sviluppatasi in uno dopo due giorni, nell'altro pure dopo breve tempo dal trauma. Leyden afferma eziandio come sia dimostrato da numerose osservazioni che un traumatismo può perfettamente determinare lo sviluppo della tabe, e Jacoby ne descrive recentemente un caso. E le citazioni potrebbero moltiplicarsi.

Ora vediamo in breve quali sieno i fatti anatomopatologici e sperimentali, quali le induzioni fisiopatologiche che chiariscono la patogenesi di questa forma di demenza paralitica.

Innanzitutto giova pensare che il traumatismo cranico può accompagnarsi a frattura delle pareti, a lesioni distruttive della sostanza cerebrale, e in questo caso possono intervenire dei veri focolai irritativi locali, aderenze, pachimeningiti, meningoencefaliti circoscritte, le quali, come si esprimono Magnan e Serieux,



possono determinare un'irritazione cronica diffusa del tessuto nervoso, con esito in un'estesa e progressiva alterazione del medesimo. È interessante a questo riguardo, quantunque non si tratti di paralisi progressiva, ma per l'importanza del reperto anatomico, un caso studiato da Angiolella, citato dal Ventra, di un individuo divenuto epilettico in seguito a trauma nella regione frontale con notevole lesione locale ossea e cerebrale, in cui sopraggiunsero rapidamente dei fenomeni di grave demenza, e dove l'esame istologico dimostrò un processo di degenerazione e disintegrazione cellulare, che dalle vicinanze del focolaio primitivo d'aspetto cicatriziale si irradiava con degradante intensità a tutto il resto del lobo frontale dello stesso lato e anche del lato opposto.

Ma indipendentemente dalle lesioni locali, che non sono necessarie, e sovente non intervengono, come in parecchi dei casi suddescritti, è fuori dubbio che il trauma fa risentire la sua azione anche a distanza e diffusamente, per cui possono seguire e residuare delle lesioni generali del sistema nervoso e specie dell'encefalo, eventuale punto di partenza di un diffuso processo regressivo. Nella patogenesi delle malattie nervose traumatiche Nèlaton, Rokitansky, Gussenbauer, Bright, Daret danno una grande importanza ai disturbi circolatori in genere del sistema nervoso centrale, e alle conseguenti lesioni multiple dei piccoli vasi dimostrabili da numerose emorragie capillari: Leube, Kaiser, Iutzler ne hanno successivamente dimostrato il rapporto. Mendel, che pure non vuole mai ammettere una simile patogenesi per le malattie sistematiche del sistema nervoso, crede plausibile quest'opinione per ciò che riguarda le forme di sclerosi multipla. Kronthal, Sperling, Friedmann eziandio ritengono che un grave trauma al capo possa portare delle fine alterazioni a tutto il cervello per lesioni dei capillari cerebrali e consecutivi disturbi nutritizi del tessuto nervoso. Una diligente dimostrazione anatomica in proposito ha cercato recentemente di dare il Köppen citato in addietro. In un cervello di un paralitico dopo 3 anni da un trauma, che formava l'unico momento eziologico della malattia, egli trovò piccoli focolai emorragici e piccole cicatrici diffuse specialmente alla corteccia, alterazioni nei vasi minimi di tutta la corteccia, moltiplicazione dei nuclei, perdita d'elasticità e ispessimento delle pareti, dilatazione del lume -: in un 2.<sup>o</sup> cervello, dopo

12 giorni dalla lesione, trovò tutto il sistema vasale e principalmente il corticale nel primo stadio delle alterazioni suddescritte. Laonde egli non dubita che l'azione generale del trauma possa esplicarsi nel modo anzidetto, e che in tal guisa il medesimo possa essere l'unica causa della paralisi, paralisi differenziabile appunto da quella d'altra origine per le caratteristiche alterazioni vascolari. Secondo quest' A. si tratta probabilmente di una diretta lesione dei capillari in conseguenza del traumatismo che sopporta il cervello, non escludendo che l'anemia dallo stesso provocata possa influire sulla nutrizione delle loro pareti. Le sue osservazioni sono certo però troppo limitate perchè si debbano accettare senz'altro simili vedute.

Mentre da una parte si ritiene che il fondamento patogenetico risieda in una possibile primitiva e diffusa alterazione vascolare - ben inteso riferendoci all'azione generale del trauma - dall'altra si assegna una maggiore importanza alle lesioni nervose che verrebbero in conseguenza diretta del traumatismo a stabilirsi.

Koch, Filene, Bergmann e altri fanno rilevare come nella commozione cerebrale non vi possano essere lesioni anatomicamente dimostrabili, e solo lesioni microscopiche delle fibre e delle cellule nervose. Bikeles colla concussione cerebrale negli animali produceva distruzione della guaina midollare: lo Schmauss trovava necrobiosi e degenerazione delle fibre e più specialmente del cilindrasse. Nissl delle profonde alterazioni delle cellule corticali; il Kazowsky pure ammette l'avverarsi di processi regressivi diffusi degli elementi nervosi. Luzenberger conclude da molti esperimenti, come la semplice commozione cerebrale, senza lesioni di sostanza, emorragie, processi infiammatori ecc., possa produrre disturbi nutritivi generali nelle cellule gangliari del cervello, spesso s'accompagna ad alterazioni del midollo spinale (lacerazioni, chiazze sclerotiche), a dilatazioni nei vasi capillari e venosi, nel qual caso sono numerose le forme regressive nel midollo allungato. Soggiunge poi che, quando il trauma è seguito da cachessia, le alterazioni cellulari possono essere avanzatissime, e rassomigliare perfettamente a quelle prodotte da gravi processi cerebrali, come la paralisi progressiva: il che a noi fa pensare che in relazione ad una grave commozione possa talvolta avverarsi una rapida e grave alterazione nervosa, colla quale per avventura la cachessia debba essere in stretto rapporto.

Sieno pertanto primitive e più importanti le lesioni vascolari o quelle nervose, ciò che a noi sembra assodato si è, che come da una parte la casistica giustifica l'ammettere una paralisi generale provocata da un traumatismo cranico, dall'altra i dati anatomopatologici e sperimentali dimostrano che oltre ai fenomeni locali di natura infiammatoria o degenerativa, che quando esistono possono essere l'eventuale punto di partenza della diffusione del processo morboso, può residuare all'urto una quantità di alterazioni nervose diffuse che sono di notevolissima importanza nella genesi della malattia che ci intrattiene. Ma anche qui dobbiamo farci la domanda: È possibile che queste, nel caso speciale che a un traumatismo cranico segua una forma di demenza paralitica, servano a spiegarci l'evoluzione, la progressività dell'affezione morbosa? È indirettamente un argomento favorevole il fatto oramai acquisito alla scienza che chi ha sofferto di una commozione cerebrale o spinale può restare predisposto a gravi infermità di questi organi, favorevole nel senso che una permanente invalidità, una diatesi morbosa (Laségue) vi si stabilisce, la cui essenza in ultima analisi si risolve in uno stato di difettosa nutrizione degli elementi nervosi: ma ciò è troppo poco, e ci darebbe ragione piuttosto del come un decadimento progressivo delle funzioni cerebrali e nervose in genere possa avverarsi sotto l'azione di cause contro le quali normalmente non si spezzerebbe la loro resistenza.

Bisogna riflettere alla natura delle lesioni dianzi ricordate per argomentare come una *diffusa alterazione delle pareti dei capillari sanguigni, i processi regressivi delle cellule e delle fibre nervose, l'eventuale invalidità dei centri vasomotori occasionata dal trauma e la conseguente disposizione alle poussées congestive* (K. Ebing, Magnan e Serieux), i disturbi concomitanti della circolazione linfatica possano mantenere una permanente alterazione nel ricambio cellulare, produrre una lenta e progressiva intossicazione degli elementi nerrosi, come opina il Kowalewsky, che finisce col decadimento della loro energia vitale. E ciò tanto più, se il trauma ha dato luogo a focolai distruttivi locali, che man mano facciano risentire la loro azione nociva su tutto l'encefalo.

Non sempre i fenomeni paralitici seguono immediatamente o quasi alla lesione al capo; alle volte passa un momento abba-

stanza lungo fra questa e l'insorgenza della malattia, per cui si distinguono dal Laségue, Ball, Vallon ecc. forme precoci e tardive. Mairet e Vires ritengono a questo proposito che specialmente in queste seconde può il trauma essere la causa principale della malattia, occorrendo per il rapido sviluppo dei sintomi un terreno molto propizio: contrariamente Kraepelin pensa che nelle forme tardive esso rappresenti soltanto un momento predisponente. Egli è certo che alla stregua delle considerazioni dianzi esposte riescono molto più facili a comprendersi e molto più interessanti i casi così detti precoci, e sono perciò questi ultimi che meglio illustrano il concetto della paralisi traumatica: con tutto ciò ci sembra che pensando alla natura del processo anatomopatologico, al carattere cronico della malattia, al lungo periodo in cui per così dire può restare allo stato latente, non riesca difficile il comprendere anche l'evolversi delle forme così dette tardive.

Data la relativa scarshezza della casistica che esiste su questo interessante argomento, crediamo utile portarvi il contributo di una nostra osservazione.

B. G. d'anni 46, operaio, non ha nulla di morboso dal lato ereditario; è figlio di genitori consanguinei, ma entrambi sani. Non soffersse malattie d'importanza, non incontrò la sifilide, non fece abusi di alcun genere, condusse sempre vita sobria, laboriosa, tutta dedicata alla famiglia; ammogliato con 3 figli, tutti sani. Fino a 3 anni fa stette sempre bene, e la sua intelligenza appariva affatto normale. Quando una notte, all'arrivo di un telegramma che gli recava una cattiva notizia, scende precipitosamente dal letto e batte violentemente la testa nella regione frontale contro il muro, cadendo a terra privo di sensi. Si riebbe dopo qualche ora, e incominciò tosto a lamentarsi di un'intensa cefalea, specie frontale, cefalea che durò poscia continua per qualche mese. Intanto rapidamente si iniziarono dei fenomeni d'indebolimento mentale: smemoratezza, insufficienza nell'arte sua, apatia, ottundimento della vita affettiva, fenomeni che andarono progressivamente aggravandosi nel corso di tre anni, cui si aggiunsero tendenze impulsive, distruttive, tanto che, riuscendo impossibile una conveniente custodia in famiglia, venne inviato al manicomio. Nello stesso tempo erano andati stabilendosi dei fatti somatici di indubbio valore clinico: progressivo indebolimento delle forze con dimagrimento, tremore, disturbi della loquela, e si era manifestato qualche accesso apoplettiforme.

All'atto dell'ammissione nel nostro istituto egli si mostrava in preda ad uno stato di profonda, completa demenza: disintegrazione ideativa, perdita assoluta della memoria, nessuna coscienza di sè, dell'ambiente, suicidissimo. Presentava uno stato di generale paresi, tanto da non essere più capace di reggersi da sè, con atrofia della muscolatura; sensibilità dolorifica molto attutita; dei riflessi cutanei e delle mucose aboliti il cremasterico, l'addominale, il faringeo, molto deboli l'auricolare, il nasale; quasi scomparsi i tendinei; tremore notevole alle mani, alla lingua, che sporgeva flaccida, appiattita; marcatissima disartria, tanto da riescire le sue parole quasi inintelligibili; pupille asimmetriche, alquanto midriatiche, poco reagenti alla luce e all'accomodazione; urine normali. Non presentava tracce locali del trauma sofferto. Nel breve tempo di sua degenza ebbe vari attacchi apoplettiformi e paralisi vescicale transitoria: non tardarono a manifestarsi escare al sacro, ai trocanteri, ai malleoli, alla regione interna delle ginocchia, che andarono rapidamente ingrandendosi, ed egli moriva in uno stato di completo marasma dopo 3 mesi dal suo ingresso.

*Autopsia.* Cadavere emaciato. Teca ossea un po' pesante con diploe scarsa: essa presenta in corrispondenza della bozza frontale sinistra un'usura del tavolato interno e della diploe di forma rotendeggiante, per cui l'osso riesce trasparente. A questo punto corrisponde un ispessimento circoscritto dalla dura madre e un'aderenza di questa colle sottostanti meningi mediante briglie connettivali. Le pie meningi presentano un intenso opacamento ed ispessimento diffusi a tutta la superficie cerebrale, ma specialmente notevoli nelle regioni frontoparietali. Esse si svolgono quasi nella loro totalità facilmente, solo in qualche punto, in corrispondenza delle circonvoluzioni centrali della F' sinistra e del luogo della lesione presentansi delle aderenze meningoencefaliche. La consistenza del cervello è aumentata dappertutto, e precipuamente ai lobi frontali: quivi è maggiore che altrove l'assottigliamento delle circonvoluzioni. In corrispondenza del punto della lesione esiste una lieve depressione nella corteccia con evidente assottigliamento delle due sostanze: del resto nessun'altra differenza apprezzabile fra i due lobi frontali. Ventricoli dilatati e pieni di siero: sostanza cerebrale anemica con marcato edema interstiziale: si nota soltanto qua e là qualche piccola emorragia puntiforme. Granulazioni ependimarie nei ventricoli laterali e 4° ventricolo. Nessuna traccia d'ateroma. Peso del cervello colle meningi tenui 1400 E. S. 515. E. D. 520. Bulbo, cervelletto 190.

Nulla di anormale notasi negli altri organi ad eccezione di una flaccidità del muscolo cardiaco, di aree di degenerazione grassa nel fegato, e di una leggera degenerazione torbidograssa dei reni. Sfortunatamente non si potè eseguire la sezione del midollo spinale.

L'esame istologico dimostrò come le cellule della corteccia cerebrale poste in evidenza col metodo Golgi fossero variamente alterate: spezzetta-

ture, varicosità molteplici dei prolungamenti dentritici, deformità nel contorno e frammentazione del corpo, mentre abbondantissimi comparivano gli elementi della nevroglia. Coi comuni metodi di colorazione si notò ispessimento delle pareti dei piccoli vasi, dilatazione degli spazi linfatici perivascolari: col metodo Pall assottigliamento del fascio di sostanza bianca delle circonvoluzioni, specie delle regioni frontali, con numerose fibre varicose, scarsa e poco colorabile mielina. Nel punto corrispondente alla lesione cranica riduzione della corteccia ad uno strato sottile, con degenerazione molto avanzata delle fibre e delle cellule, sclerosi dei vasi e debole infiltrazione parvicellulare attorno ai medesimi.

Come da una parte il quadro clinico non lascia alcun dubbio sulla diagnosi di demenza paralitica, dall'altra l'esame necroscopico ed istologico dimostra chiaramente quelle alterazioni che di tale processo morboso sono caratteristiche.

Si tratta perciò realmente nel caso nostro di una paralisi progressiva, i cui sintomi si svilupparono immediatamente dopo un grave trauma alla testa, in un individuo in cui l'anamnesi accuratamente raccolta e vagliata esclude quelle cause che per lo più entrano in giuoco nella produzione di tale malattia, eredità, alcoolismo, sifilide, abusi e strapazzi in genere, intossicazioni croniche esogene, e che prima dell'accidente suddetto appariva perfettamente normale e godeva uno stato di completo benessere. È una di quelle forme di paralisi traumatica a carattere precoce, la quale, appunto perchè tale, dimostra a maggiore evidenza lo stretto rapporto di causa ad effetto, e che si accorda mirabilmente coi casi descritti dal Dietz, Vallon, Hirsch, Meschede ecc.

Nel nostro caso dobbiamo considerare un traumatismo cranico, il quale ha prodotto in un tempo una lesione nel punto d'azione donde si sviluppò un lento processo di sclerosi con formazione di un tessuto cicatriziale che interessa la meningi e la sostanza corticale, di cui nei primi tempi, la cefalea localizzata, segnava il lavoro irritativo, e una violenta commozione cerebrale, per cui il B. stette parecchio tempo privo della coscienza. Azione irritativa locale, effetti dello choc traumatico sono perciò i due fattori che crediamo senz'altro d'invocare per spiegarci la patogenesi del processo morboso.

Sappiamo infatti come a focolai meningoencefalitici susseguir possono disturbi nutritizi generali per alterazioni di circolo

e di innervazione vascolare (Magnan e Sericux) come allo choc possono residuare lesioni delle pareti dei capillari specie corticali, disturbi della circolazione linfatica e sanguigna, disordini vasomotori, alterazioni cellulari e di fibra nervose: donde la duplice fonte nel caso nostro del decadimento nella nutrizione cerebrale per lo stabilirsi di un difettoso ricambio materiale negli elementi del tessuto nervoso, di quei processi cronici degenerativi e di sclerosi interstiziale che caratterizzano anatomicamente la forma morbosa descritta.

Nè esisteva, e tampoco è sovraggiunta alcun' altra causa nociva apprezzabile, che trovando gli elementi nervosi provveduti di una minore attività psicologica ne abbia determinato l'immaturato decadimento. Soltanto riteniamo di non andare errati pensando che lo stato emozionale in cui il B. si trovava al momento in cui riportò quel grave colpo alla testa, e l'essersi appena destato bruscamente dal sonno dovevano costituire dei momenti sfavorevoli alla circolazione cerebrale, e rendere più facili a stabilirsi le note alterazioni vascolari e parenchimali.

Si potrebbe d'altra parte obiettare che la semplice presenza del focolaio meningoencefalico basterebbe a spiegarci una lenta diffusione del processo, e che perciò potrebbe passare in seconda linea l'azione della commozione cerebrale. Senza contare che insieme alla locale esiste sempre un'azione diffusa del traumatismo cranico, noi vogliamo a questo proposito ricordare la precoce atrofia della muscolatura per tacere di altri fenomeni di cui ignoriamo l'epoca della insorgenza, e le esperienze di Lutzenberger sulle alterazioni spinali che seguir possono alla commozione cerebrale (dilatazione dei capillari, dei vasi venosi, lacerazioni, chiazze sclerotiche) per dimostrare anche meglio quanto efficacemente abbia agito anche questo secondo fattore. Siamo spiacenti di non aver avuto l'opportunità di eseguire un esame istologico del midollo spinale e dei nervi periferici, che avrebbero vie meglio completata la nostra comunicazione.

Quello invece che ci sembra interessante di rilevare è l'importanza della sede del trauma in rapporto alla rapidissima insorgenza dei fenomeni psichici. Esso ha colpito la regione frontale, e più precisamente la regione anteriore, quivi ha fatto certamente risentire la sua maggiore e più immediata azione, pro-

ducendo una notevole alterazione e una limitata perdita di sostanza, da qui si è iniziato e si è propagato un processo cronico interstiziale, mentre contemporaneamente si sono iniziati dei profondi disturbi dell'intelligenza. Un tale stretto rapporto fra la sede primitiva della lesione e la rapidità di insorgenza delle manifestazioni di deficienza mentale riteniamo che armonizzi perfettamente colla teoria che oggidi, per merito specialmente delle geniali ricerche del Bianchi, è in onore sulle funzioni dei lobi frontali, e in particolar modo della regione prefrontale, tanto più che al tavolo anatomico nei detti lobi trovammo anche le lesioni più appariscenti. E si accorda pure collo recenti ricerche sperimentali del Tonnini, che facendo delle mutilazioni della corteccia cerebrale nel cane conchiudeva a proposito delle lesioni prefrontali che gli effetti psichici sono più intensi e tumultuari di quelli che conseguono ad estese decorticazioni di tutti gli emisferi, esclusa ben inteso la corteccia di detta ragione. Laonde sotto questo riguardo la nostra osservazione, al pari di varie altre in cui a lesioni di questa regione del cervello si notarono seguire fenomeni di indebolimento psichico, apporta a detta teoria un contributo positivo.

Stabilita così a nostro avviso la genesi e la natura traumatica del caso descritto, ci domandiamo se esso si differenzia, per caratteri clinici ed anatomopatologici, dalla forma di demenza paralitica che siamo soliti ad osservare. Si trova accennato che la paralisi generale traumatica assume per lo più la forma depressiva (Gudden), che in essa lo stato di demenza è meno accentuato, che meno marcati sono i disturbi della loquela (Köppen), che non vi ha rigidità pupillare (Köppen, Bruns); ma d'altra parte lo Schüle, il Meschede ed altri, di cui citammo le osservazioni, affermano che può essere perfettamente eguale nei sintomi clinici a quella d'origine sifilitica o d'altra origine tossica. Anche facendo astrazione dal fatto che i fenomeni suaccennati si trovano variamente nei singoli casi accentuati, e non sono tutti nella loro interezza indispensabili per costituire la forma clinica della demenza paralitica, la quale deve sempre riguardarsi come una unica entità patologica, nel nostro caso abbiamo riscontrato e la demenza profonda, e la marcatissima disartria e la quasi mancanza di reazione pupillare: venne solo notata la mancanza



di idee di grandezza; ma chi non sa quante volte accade che questa malattia assuma esclusivamente il carattere della pura demenza progressiva?

Anatomopatologicamente, come già vedemmo, il Köppen afferma che può spesso distinguersi per la frequenza delle piccole cicatrici corticali prodotte da lesioni vascolari, e delle emorragie puntiformi, in guisa da dimostrare il particolare processo anatomico che è a base della malattia. Quantunque abbiamo anche noi osservato alcune emorragie puntiformi, in sostanza le lesioni non differivano da quelle che si rinvencono comunemente: meningo-encefaliti con esito in sclerosi ed atrofia, degenerazione delle cellule e delle fibre corticali, sclerosi vasali, granulazioni ependimarie ecc.

Non abbiamo argomenti per negare che le lesioni dirette dei vasi capillari nel senso di Köppen con esito frequente in emorragia costituiscano un fatto comune nella forma traumatica: ciò non vuol dire che debbano rappresentare la regola e costituire la condizione necessaria, tanto più in considerazione della scarsità dei casi da lui osservati, bastando dopo tutto anche stadi di alterazione meno avanzati a indurre dei notevoli disturbi nella nutrizione della sostanza nervosa.

Per cui, concludendo, ci crediamo autorizzati ad affermare che la nostra osservazione non offre note cliniche ed anatomopatologiche che possano differenziare la forma traumatica da quella che comunemente si osserva.

Dalla descrizione nostra, e dai pochi cenni illustrativi che l'hanno preceduta, stimiamo che il concetto della demenza paralitica d'origine traumatica, nello stretto senso della parola, abbia ricevuto conferma. Nè lo possono infirmare a nostro avviso la rarità dei casi di fronte alla straordinaria frequenza dei traumatismi cranici e alla notevole prevalenza degli altri ben noti fattori eziologici; ai quali ultimi non ci pare abbastanza giustificato di dover ricorrere in via ipotetica, quando un'accurata anamnesi e un esame accurato ci obbliga ad escluderli: tutt'al più dovremo far luogo a quella speciale predisposizione, che è a base di qualunque affezione morbosa.

Da questa come dalle consimili osservazioni può venire così lumeggiata anche la questione generale sulla eziologia della pa-

ralisi progressiva, specialmente nei riguardi di quella teoria troppo esclusivista che vuol vedere la sifilide in ogni caso di questa malattia, e la vuole ammettere anche quando nessuna indagine la giustifica, nessun segno, nessuna alterazione la dimostrano o la fanno sospettare.

Brescia — Agosto 1900

BIBLIOGRAFIA

- Bayle-Calmeil-Jkae - citati da Toulouse) - Les causes de la folie 1895.  
Voisin. Traité de la paralysie gen. des aliénés 1879.  
Vallon. De la paralysie gen. et des traumatismes. Paris 1882.  
Magnan et Serieux. La paralysie générale.  
Bianchi. Paralisi progressiva e frenosi sensoria. Vallardi Milano.  
Kraepelin. Lehrbuch der Psychiatrie. 1899.  
Lewald. Die Ergebnisse neuerer Forschungen über Verbreitung u. Aetiologie der progr. Paralyse. *Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*. Bd. 55.  
Gudden. Zur Aetiologie u. Symptomat. der progr. Paralyse mit besond. Berücksichtigung des Traumas ecc. *Archiv. f. Psychiatrie* 1894. Bd. XXVI.  
Mabille. Paralyse gén. d'origine traumatique. *Annales méd. psychol.* 1885.  
Ball. De la paralyse gén. d'origine traumatique. *L'Encéphale*. Paris 1888. N. 4.  
Poggi. Il Choc traumatico nell'eziologia della paralisi progressiva. *Archivio ital. per le malattie nervose* 1889.  
Dietz. Traumatische Neurose: übergang in Dementia paralit. Rif. in *Allg. Zeit. f. Psych.* Bd. 55.  
Hirsch. Rassegna neuropat. negli *Annali di Neurologia* 1897.  
K. Ebing. Die progressive allg. Paralyse. *Nothnagel's Pathol. u. Therapie*.  
Meschede. Paralytische Geistesstörungen nach Trauma. *Allg. Zeit. f. Psychiatrie* Bd. 55.  
Köppen. Ueber Gehirnveränderungen nach Trauma. *Neurol. Centralblatt* 1897. N. 20.  
Wulff. Die geist. Entwicklungshemmungen durch Schädigung des Kopfes ecc. *Allg. Zeit. f. Psych.* Bd. 49.  
Mendel. Tabes u. multiple Sclerose in ihren Beziehung zur Trauma. *Deut. med. Wochensch.* 1897. N. 7.  
Lotsch. Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie der multiple Sclerose ecc. Rif. nella *Rivista pat. mentale* 1899.  
Erb. Poliomyelitis ant. chronica nach Trauma. *Jahresbericht f. Psych. u. Nervenheilk.* 1897 p. 996.

Leyden-Jacoby. Id.

Bikeles. Zur pathol. Anatomie der Hirn u. Rückenmarckerschütt. Arbeiten aus der Instit. der Anatom. ecc. v. prof. Obersteiner. 1895.

Luzenberger. Contributo all'anatomia patologica del trauma nervoso. *Annali di Neurologia* 1897.

Ventra. Sulla fisiopatologia dei lobi frontali. *Il Manicomio moderno* 1899.

Schmauss-Koch-Tilene. V. in Luzenberger l. c.

Kazowsuky. Beitrag zur Lehre von den Veränderungen des Nervensystems bei Erschütterungen. *Neurol. Centralblatt* 1899 p. 772.

Kowalewsky. Studie über die Pathologie der progr. Paralyse. Rif. in *Allg. Zeitsch. f. Psychiatric Bd.* 51.

Mairet et Vires. De la paralyse gén. Paris, Masson, 1838.

Forel - Schüle - Bruns. In *Neurol. Centralblatt* 1897. p. 967.

Tonnini. I fenomeni residuali e la loro natura psichica ecc. *Rivista sp. di freniatria XXIV*.

---

#### BIBLIOGRAFIA

Scabia. - Terapia delle malattie mentali ad uso dei medici e degli studenti - Torino. Unione Editrice, 1900.

Pieraccini. - L'assistenza dei pazzi nel Manicomio e nella Famiglia. Istruzioni elementari per infermieri ed infermiere. Milano. Hoepli, 1900.

---

In attesa di Trattati maggiori, che, dopo il magistrale manuale di semeiotica del Morselli, si aspettano in Italia dalla scienza degli alienisti maturi, che più volte ne hanno fatta promessa, i nostri giovani psichiatri hanno voluto in questi ultimi tempi regalarci parecchi manuali, i quali, sotto veste modesta, hanno il merito di essere tutti improntati a praticità, della quale pare che anche il nostro paese incominci a riconoscere il bisogno. Prima avemmo i manuali dell'Agostini e del Finzi, oggi abbiamo quelli dello Scabia e del Pieraccini, ambedue con bellissime prefazioni del Morselli.

Il libro dello Scabia è diviso in tre parti. Nella prima di queste egli tratta della profilassi, sociale e individuale, della pazzia; nella seconda espone la terapia delle psicosi; nella terza dà alcune note di tecnica manicomiale e legislazione concernente l'assistenza e cura dell'alienato. La seconda parte, che naturalmente è la più estesa, l'A. la divide in due sezioni, nella prima delle quali tratta della terapia generale e nella seconda della cura particolare delle psicosi.

L'opera dell'A. può dirsi completa, perchè essa non solo sintetizza esattamente e con giusto criterio quanto la scienza e l'esperienza hanno ormai

sanzionato al riguardo, ma tratta con sufficiente sviluppo anche i metodi di cura più moderni, quali ad es. l'organoterapia, la sieroterapia, la kinesiterapia e l'intervento chirurgico.

Certamente sarebbe stato desiderabile che il capitolo sulla psicoterapia fosse stato meno breve e più corrispondente all'importanza che oggigiorno ha acquistato la cura morale della pazzia, ma di questa menda lo Scabia è stato molto argutamente scagionato dall'Autore della prefazione, della abilità del quale, se oggi gli sarà grato, cercherà indubbiamente di fare a meno in una seconda edizione del suo libro, che dobbiamo sinceramente augurargli.

All'alienista, che legga e giudichi superficialmente il manuale del Pieraccini, potrà sembrare che egli abbia fatto cosa superflua, tanto sembrerebbe dovessero le cose dette essere note a tutti coloro che vivono nei manicomî, e tanto la tecnica manicomiale sembrerebbe, a detta del nostro Tanzi, dovesse rappresentare un'applicazione diretta del senso comune e niente altro.

Eppure non è così. Non è vero che tutto ciò che si trova esposto nel manuale del Pieraccini sia sempre patrimonio vivo e attuale di coloro che vivono nei manicomî, e non è sempre vero che la tecnica manicomiale non sia altro che l'applicazione diretta del senso comune, tanto da non far sentire anche a chi non è un semplice infermiere il bisogno di consultare quel libro. Quando si pensi poi che l'A. non ha inteso altro con esso che di esporre le « istruzioni elementari per infermieri e infermiere » e quando si pensi a quanto sia necessario che gl'infermieri, desiderosi di corrispondere adeguatamente al loro mandato, abbiano una fonte chiara e precisa, dove potere attingere quanto *devono fare*, l'utilità del libro non può essere più messa in dubbio.

Il Pieraccini tratta prima in forma semplice di alcune manifestazioni praticamente più importanti della pazzia e poscia studia i servizi generali di un manicomio e i servizi speciali propri di ciascuna sezione. Finalmente negli ultimi capitoli tratta dei doveri della famiglia e degli infermieri nella custodia domestica dei pazzi e del miglior modo di eseguire il trasferimento degli alienati.

L'A. senza dubbio ha raggiunto completamente lo scopo prefissosi, perchè nulla o quasi nulla ha trascurato, perchè è riuscito a dare all'esposizione della materia una forma chiara e precisa e ha trattato molti capitoli, fra i quali mi piace ricordare specialmente quello della *Sezione agitati*, in modo veramente splendido.

Non dirò che sia stata sempre mantenuta dall'A. la debita proporzione nello sviluppo dei singoli capitoli; ma questo è un piccolissimo difetto di fronte ai meriti e all'utilità del libro, del quale va data al Collega una lode speciale.

T.

Società di Patronato per i pazzi poveri dimessi dal Manicomio.

Somma precedente . . . . . L. 1752. 30

Offerte malati . . . . . » 26. 75

Totale . . . . . L. 1779. 05

*Movimento dei malati nel mese di Maggio 1900*

|         |                  | USCITI    |     |         |    |         |   |          |   |                    |   |                       |   |       |   |         |     |
|---------|------------------|-----------|-----|---------|----|---------|---|----------|---|--------------------|---|-----------------------|---|-------|---|---------|-----|
|         |                  | Esistenti |     | Entrati |    | USCITI  |   |          |   |                    |   |                       |   | Morti |   | Rimasti |     |
|         |                  |           |     |         |    | guariti |   | miglior. |   | non mi-<br>giorati |   | per non<br>ver. pazz. |   |       |   |         |     |
|         |                  |           |     |         |    |         |   |          |   |                    |   |                       |   |       |   |         |     |
| U       | D                | U         | D   | U       | D  | U       | D | U        | D | U                  | D | U                     | D | U     | D |         |     |
| Appart. | Prov. di Ferrara | 194       | 184 | 14      | 19 | 6       | 3 | 2        | 3 |                    |   | 1                     |   | 2     | 2 | 198     | 194 |
|         | altre Provincie  | 25        | 13  | 1       |    |         |   |          |   |                    |   |                       |   |       |   | 26      | 13  |
|         |                  | 219       | 197 | 15      | 19 | 6       | 3 | 2        | 3 |                    |   | 1                     |   | 2     | 2 | 224     | 207 |

*Movimento dei malati nel mese di Giugno 1900*

|         |                  |     |     |    |    |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |     |     |
|---------|------------------|-----|-----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|-----|-----|
| Appart. | Prov. di Ferrara | 198 | 194 | 22 | 13 | 8 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 |  | 2 | 3 | 205 | 199 |
|         | altre Provincie  | 26  | 13  |    | 2  |   | 1 |   |   | 1 |   |   |  | 1 |   | 24  | 14  |
|         |                  | 224 | 207 | 22 | 15 | 8 | 4 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 |  | 3 | 3 | 229 | 213 |

*Movimento dei malati nel mese di Luglio 1900*

|         |                  |     |     |    |    |   |   |   |   |  |  |  |  |   |   |     |     |
|---------|------------------|-----|-----|----|----|---|---|---|---|--|--|--|--|---|---|-----|-----|
| Appart. | Prov. di Ferrara | 205 | 199 | 17 | 8  | 5 | 1 | 1 | 4 |  |  |  |  | 6 | 4 | 210 | 198 |
|         | altre Provincie  | 24  | 14  | 3  | 2  | 1 | 1 |   |   |  |  |  |  |   |   | 26  | 15  |
|         |                  | 229 | 213 | 20 | 10 | 6 | 2 | 1 | 4 |  |  |  |  | 6 | 4 | 236 | 215 |

*Movimento dei malati nel mese di Agosto 1900*

|         |                  |     |     |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |   |   |     |     |
|---------|------------------|-----|-----|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|---|---|-----|-----|
| Appart. | Prov. di Ferrara | 210 | 198 | 7 | 9 | 9 | 5 | 1 | 1 | 2 |  |  |  | 2 | 2 | 203 | 199 |
|         | altre Provincie  | 26  | 15  | 1 |   |   |   | 1 |   |   |  |  |  | 1 |   | 25  | 15  |
|         |                  | 236 | 213 | 8 | 9 | 9 | 5 | 2 | 1 | 2 |  |  |  | 3 | 2 | 228 | 214 |

Direttore — R. TAMBRONI.

Redattori — CAPPELLETTI - FINZI - LAMBRANZI - VEDRANI.



**BOLLETTINO**  
**DEL**  
**MANICOMIO PROVINCIALE DI FERRARA**



**FERRARA**  
**Tipografia dell' Eridano**  
**1900**





## La psichiatria del Wernicke

del Dott. Jacopo Finzi

Abbiamo già avuto altre volte occasione (1) di parlarne brevemente; ma poichè il Wernicke e i suoi allievi hanno in questi ultimi tempi portato nuovi contributi e quasi completato il sistema (2), mentre d'altro lato la letteratura psichiatrica è rimasta essenzialmente estranea al movimento (3), così crediamo valga la pena di esaminare esattamente i prodotti di questa scuola per vedere se e come essa agisca complessivamente nello sviluppo teorico e nelle applicazioni pratiche della specialità.

È dal 1891 (4) che il Wernicke ha dato l'abbozzo e gli elementi fondamentali del suo sistema. Egli lo ha svolto successivamente con un rigore logico e una unità di indirizzo meravigliosi. È stato un lavoro sottile di aggruppamento e di analisi di sintomi, un ordinamento, complesso nei particolari, semplicissimo

- 
- 1) *Psichiatria tedesca*. Lett. III, Questo *Bollettino*, 1898. *Breve compendio di psichiatria*, Cap. IV. Milano, Hoepli, 1899.
  - 2) *Psychiatrische Abhandlungen*, fascicoli contenenti lavori di Wernicke, Gaupp, Liepmann, ecc. Wernicke *Grundriss der Psychiatrie*, parte terza, lez. XVIII-XLI. Lipsia, 1900.
  - 3) Così, per citare solo lavori comparsi in questi ultimi tre anni, non si trova punto accennato, alle teorie del Wernicke, in libri che pure avrebbero avuto campo e occasione di accennarne per la natura dell'argomento trattato, come in Bilharz, *Ueber die Natur und Eintheilung der Geisteskrankheiten*. Berze, *Das Bewusstsein der Hallucinirenden*. De Sanctis e Mattoli, *Contributo alla conoscenza della evoluzione dei deliri*. Kraepelin, *Psychiatrie*. Bresler *Das Wesen der Paranoia*. Keraval. *L'idée fixe*. Mendel *Einleitung in die Psychiatrie*. Obici *Sul delirio di negazione*. Finzi, *I sintomi organici della demenza precoce*.
  - 4) non se ne è tenuto conto abbastanza in lavori come: Löwenfeld, *Ueber psychische Zwangszustände*. Kirchhoff, *Grundriss der Psychiatrie*. Finzi *Sul sintoma disorientamento*, ecc.
  - 4) *Grundzüge einer psychiatrischen Symptomenlehre*.

nelle linee generali, delle sindromi psicopatiche, studiate tutte alla stregua di tre principî. La divisione della vita psichica nei tre dominî: la coscienza del mondo esterno, del proprio corpo e del proprio io (1); lo schema dell' afasia applicato a tutti i fenomeni mentali (2); una ipotesi, del resto non priva di fondamento: il principio della seiunzione, che costituirebbe la base e un fatto essenziale a tutte le malattie mentali (3).

Da ciò dipendono le distinzioni capitali delle allopsicosi, somatopsicosi e autopsicosi; malattie mentali psico-sensoriali, psicomotorie e intrapsichiche: badando che ciò che per il Wernicke è psicosi, per noi è nel maggior numero dei casi sindrome psicopatica. La seiunzione poi, cioè il processo alterante o distruttivo della personalità, è considerata come una interruzione nel circuito dell'attività psichica, una lacuna che si forma nella serie delle associazioni. Ora se si pensa allo schema dato dal Wernicke come a una linea rientrante e all'attività psichica come a una corrente diretta dalla sensitività alla motilità, la sede di questa seiunzione, e il riflusso di energia derivante dall'interruzione, e il lavoro di una attività psichica normale sopra un contenuto alterato daranno una chiave per una interpretazione meccanica di tutti i fenomeni psicopatici, arricchiti di due altre distinzioni: contenuto della coscienza e attività della coscienza; fenomeni psicopatici di distruzione, fenomeni di irritazione.

∴

Il Wernicke è stato per lungo tempo soltanto neuropatologo: le malattie cerebrali e soprattutto le sindromi afasiche furono arricchite di fatti e di dottrine importantissime per opera dei suoi studî anatomici e clinici. Avvezzo così, nel definire, nel diagnosticare e nel classificare malattie, a pensare anatomicamente, si capisce come egli nelle malattie mentali non veda che sintomi, e non riconosca, per il momento, altro criterio che il sintomatologico nello studio loro. Il Wernicke è divenuto psichiatra esclusivamente osservando i malati di mente da sè, senza guida, senza preconcetti, dimenticando anzi, per così dire, le cognizioni psi-

---

1) *Grundriss*, Lezione IV, V, VII, VIII.

2) op. cit. Lez. II.

3) op. cit. Lez. XII.

chiatriche che possedeva; e la ricca messe di fatti raccolta egli ha cercato di interpretare e di ordinare servendosi di quelle stesse dottrine che egli faticosamente e genialmente aveva creato in patologia cerebrale. La genesi psicologica della scuola psichiatrica di Breslavia sta tutta qui. Il Wernicke rivela questo stato di cose originantesi da tale suo stato d'animo ad ogni passo nei suoi lavori, specie in quelli di indole generale. Citiamo a caso alcuni punti:

« È senza speranza oggi una classificazione propriamente detta delle malattie mentali, poichè per esse ci manca l'anatomia patologica, unica vera base che ha servito alla classificazione delle altre malattie..... » (1)

» L'esperienza in neurologia e in patologia cerebrale insegna che ogni tentativo di diagnosi o di classificazione deve aver di mira in prima linea la località colpita...., la prima cosa da farsi di fronte a qualsiasi disturbo mentale sarà il domandarsi la sede della lesione nell'organo della coscienza, cioè nell'organo dell'associazione.... (2) o in altre parole in qual dominio della coscienza (mondo esterno, corpo, io) il malato è disorientato. » (3)

» Tutti i disturbi nel contenuto della coscienza hanno il valore di sintomi di focolaio, i quali naturalmente hanno dignità clinica diversa secondo che corrispondono ad uno stato di irritazione o di paralisi, ma che del resto si comportano esattamente come i sintomi di focolaio a noi meglio conosciuti delle malattie cerebrali.... » « Una emorragia della capsula interna dà, oltre ad emiplegia, una serie di sintomi acuti che a poco a poco spariscono e lasciano come residuo immutabile l'emiplegia. Ma una emiplegia identica si può stabilire lentamente e senza alcun altro sintoma per un rammollimento cronico o per un tumore che cresce a poco a poco. Come noi paragoniamo il focolaio residuale col focolaio sorto cronicamente, così siamo autorizzati a giudicare

---

1) *Ueber die klassifikation der Psychosen*, S. 3 Psych. Abh. Serie I. fascic. 12. Breslavia 1899.

2) op. cit. S. 8 - 9.

3) op. cit. S. 13 giacchè, secondo il significato larghissimo dato dal Wernicke alla parola *disorientamento*, tutti i malati di mente senza eccezione sono disorientati. V. specialmente *Grundriss*, Lezione XXI.

perfettamente analoghi i disturbi residuali del contenuto della coscienza con quelli delle psicosi a decorso cronico... » (1)

» Se noi spesso non sappiamo il meccanismo patogenetico di sintomi irritativi, come convulsioni, noi sappiamo però che essi stanno in rapporto sempre con sintomi distruttivi (*Ausfallserscheinungen*). Perchè anche nelle psicosi i sintomi irritativi (allucinazioni, per es.) non potranno dipendere, almeno in molti casi, da lesioni distruttive, ed essere in rapporto col processo di seiunzione? (2) »

∴

Dal punto di vista didattico, l'esposizione del sistema che il Wernicke fa nel *Grundriss der Psychiatrie* ha dei pregi indiscutibili uniti però a difetti pratici molto notevoli. Dopo la introduzione psicofisiologica (Lez. I - VIII), il Wernicke imprende subito l'esame di malati che secondo lui presentano i quadri morbosi più semplici, e precisamente i malati di disturbi residuali del contenuto della coscienza e i malati di malattie decorrenti cronicamente, due gruppi che il Wernicke comprende sotto il nome di *stati paranoici* (Lez. IX - XVII). Prosegue poi con lo studio delle forme acute, in cui si hanno i quadri più complicati e dove insieme si discute, oltre che di sindromi, anche di eziologia, eventualmente di anatomia patologica. Finisce con la trattazione della paralisi progressiva e con un tentativo che egli stesso dichiara vano di un aggruppamento eziologico delle malattie mentali (Lezioni XVIII - XLI).

Il criterio informatore di questa trattazione ha dei lati giusti nel senso che è vero che, dal punto di vista puramente sintomatico, questa trattazione va dal semplice al complesso, e che, dal punto di vista empirico, va dalle forme più frequenti di malattie mentali, che si osservano negli abitanti di un manicomio, alle più rare. D'altra parte il primo pregio è neutralizzato dal fatto che esso presuppone la messa in disparte di qualsiasi tentativo clinico, la rinunzia totale perfino ad ipotesi eziologiche, patogenetiche e prognostiche. Di più la semplicità degli stati paranoici è più apparente che reale, in quanto essi trovano la loro ragione di essere talvolta negli episodî acuti delle malattie mentali a cui

---

1) *Grundriss der Psychiatrie*, II Th., S. 104.

2) *idem* pag. 115.

appartengono, spesso sono interrotti e frastagliati da sintomi acuti, sempre si prestano a discussioni e incertezze sulla loro dignità semeiologica. Quanto poi all'altra gradazione, dal più frequente al più rado, è anch'essa apparente, perchè vale soltanto se si considera la popolazione permanente di un manicomio, non il numero dei malati che vengono ammessi in un dato tempo (1).

Piuttosto si deve pensare che solo perchè il Wernicke non ammette possibile ancora una classificazione delle malattie mentali, e non crede nemmeno fattibile una sistemazione determinata delle cognizioni psichiatriche, egli ha scelto da un lato la trattazione in lezioni dall'altro l'andamento summenzionato dell'esposizione. Cose queste che impediscono che il trattato possa essere ben compreso e sfruttato nelle mani di un principiante. Il quale trova ad ogni piè sospinto accenni incompleti a fatti psicopatici e a dottrine psichiatriche che non possono essere di conoscenza volgare.

Ma il modo della trattazione si presta anche ed è di giustificazione alle dottrine personali del Wernicke, il quale non ammette grandi classificazioni, nè schemi generali, nè costruzioni cliniche, ma compie in effetto una serie di piccole classificazioni, di costruzioni parziali, di schemi d'ogni dimensione.

..

Le premesse psicofisiologiche del sistema Wernickiano devono essere esaminate sotto un triplice punto di vista: come dati di fatto e come ipotesi in sè stesse; come punto di partenza per l'analisi dei sintomi psicopatici; come criterio alla denominazione e classificazione delle malattie mentali.

I campi di proiezione sensitivi e motori ormai noti nella corteccia cerebrale permettono di parlare non solo in via ipotetica ma con certezza di una sede della coscienza del corpo e del mondo esterno. L'anatomia patologica ha già portato contributi esuberanti a tale dottrina.

Parlare di un organo transcorticale per le sintesi e le associazioni psichiche, che successivamente nella vita vanno a far parte della personalità, come sede della coscienza dell'io, è una affermazione, che, se non può essere matematicamente dimostrata,

---

1) Finzi e Vedrani. La demenza precoce. Reggio Emilia 1899 p. 55.

ha per sè già dati di fatto positivi (anatomopatologici) e non contraddice a nessuna osservazione od esperienza fatta fin'ora (1).

Anche indipendentemente da qualsiasi rappresentazione schematica di questi concetti, è evidente che la motilità in genere, come via unica di espressione, e come unico mezzo di esame psicologico, ha una importanza capitale in tutta la vita mentale. Le immagini mnemoniche motorie sono da ascriversi alla coscienza corporea, e sono da considerarsi come elemento necessario alle percezioni sensoriali (2).

La distinzione dell'identificazione primaria dalla secondaria è già da molti anni dominio della scienza ufficiale e così la dottrina che fa della personalità, o coscienza dell'io, essenzialmente un fenomeno di memoria. Che tutta l'attività nervosa e psichica vada dal senso al moto, dall'impressione all'espressione è già un concetto sintetico che scaturisce logico dai fatti e che deve considerarsi già come una verità dimostrata dalla fisiologia.

La distinzione fra attività e contenuto della coscienza è pure facilmente comprensibile (3). Facendo ad una persona una domanda in una lingua a lei ignota, oppure in una lingua nota ma su argomento a lei perfettamente sconosciuto, non si provoca nessuna associazione che permetta una risposta, perchè i dati psicosensoriali non trovano le vie preparate alla loro trasformazione in idee, movimento, ecc.; in altre parole l'impressione non dà luogo a nessuna *attività* di coscienza perchè non esiste quel tale *contenuto* della coscienza che la permetta.

In ogni modo l'astrazione che noi facciamo, pronunciando la parola coscienza, viene intesa sempre o come contenuto o come attività cosciente, il che spesso può essere facilmente sottinteso (4).

---

1) Cfr. Heilbronner. *Ueber Asymbolic*. Psychiatr. Abhandlungen 3-4. Breslau.

Wernicke. *Der aphasische Symptomencomplex*. Breslau. *Grundriss*, Lez. II.

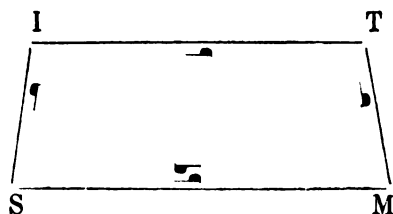
2) *Grundriss*, Lezione VI.

3) *Grundriss*, Lezione VIII.

4) Winkler nella sua recensione lunga ma incompleta del *Grundriss* accusa fra l'altro il Wernicke d' scambiare talvolta coscienza con contenuto della coscienza! (*Centralblatt für Neurologie*, Ottobre 1900).

Rappresentare concetti con uno schema all'unico scopo didattico è già un uso riconosciuto buono e nel capitolo dell'afasia nessuno l'ha ancora abbandonato. È una forma di simbolismo più sintetico, e che si distingue di assai poco dal nostro solito simbolismo verbale. Perciò quando il Wernicke parla del circuito SAZM (che noi traduciamo SITM) non fa nulla che urti contro la logica e non pregiudica minimamente l'interpretazione dei fatti.

Noi diamo qui questo schema secondo che viene esposto dal Wernicke nella introduzione psicofisiologica e completato nelle lezioni successive.



S (*Grundriss* Lez. I, II.) Campo di proiezione corticale sensitivo.

M (        »        »        ) Campo di proiezione corticale motorio.

I (        »        »        ) Campo delle immagini mnemoniche sensitive (Idee iniziali.)

T (        »        »        ) Campo delle immagini mnemoniche motorie (Idee terminali.)

T-M-S-I (        »        Pag. 209 ) Circuito infracorticale e corticale della identificazione primaria (Io primario.)

I-T (        »        »        209 ) Circuito transcorticale dell'identificazione secondaria (Io secondario.)

¶ (        »        »        116 ) Direzione in cui si muovono le sintesi e le associazioni psichiche (Corrente della coscienza.)

S-M (        »        »        215 ) Vie sensomotorie dirette, appartenenti alla coscienza del corpo, permettenti rapporti spesso ignoti alla coscienza dell'io e del mondo esterno (in questo tratto la direzione possibile è doppia).

Riassumendo, sia per le basi di fatto su cui si appoggiano, sia per le ragioni teoriche che le giustificano, le premesse psicofisiologiche del Wernicke possono, come tali, andare sicure dagli assalti di qualsiasi critica.

∴

Nell'analisi dei fenomeni psicopatici l'applicazione di questi principî è resa possibile dall'aiuto di un altro concetto direttivo fondamentale: la seiunzione.

La lesione fondamentale in tutte le psicosi è per il Wernicke una lacuna, una interruzione, che il processo morboso provoca nel circuito delle associazioni (1). Questa lesione (*Seiunzione*) dà luogo direttamente a dei fenomeni di distruzione (*Ausfallsymptome*) e direttamente ed indirettamente a fenomeni irritativi (*Reizerscheinungen*) precisamente come un focolaio cerebrale. Questa distinzione corrisponde in parte alla distinzione fra disturbi del contenuto e disturbi dell'attività della coscienza.

La sede della seiunzione è quella che più importa nel dar luogo a un sintoma piuttosto che a un altro, potendosi questi aggruppare attorno ad un fatto fondamentale di disorientamento allopsichico, autopsichico, o somatopsichico, a cui ordinariamente corrisponde uno stato affettivo speciale (*Ruthlosigkeit* - smarrimento psichico) (2).

Indipendentemente però dalla sede, la seiunzione per sè, considerata retrospettivamente nel decorso di una malattia mentale, ha come conseguenze dirette i contenuti contraddittorî della coscienza e gli errori di memoria positivi e negativi; dà luogo ancora a processi irritativi dipendenti da lei: allucinazioni, idee autoctone, idee prevalenti, delirî di relazione attuali e retrospettivi, fatti questi derivanti da diffusione irritativa diretta, oppure nelle forme croniche da decorso aberrante o refluo di energia psichica dovuto all'interruzione; finalmente l'attività normale ristabilita, mentre persiste un vuoto o un contenuto alterato per seiunzione, dà luogo ai delirî di spiegazione (3).

I delirî di spiegazione hanno una parte essenziale nelle psicosi croniche, ma occupano un posto importante anche nelle acute, dove soltanto il meccanismo di origine è diverso. Nelle psicosi croniche, al pari del delirio di relazione (*Beziehungswahn*), essi sono da considerarsi quasi come sintomi elementari. Nelle

---

1) Lez. XII, Pag. 113 e *passim*.

2) Lez. XXI, Pag. 218 segg.

3) Lez. XV specialmente a pag. 146.



acute si originano da neoformazione morbosa di associazioni, ovvero da distrazione dell'attenzione per processi interni, ovvero da conclusioni per analogia (1).

Le allucinazioni sono fatti di iperestesia psico-sensoriale, le illusioni parestesie (2).

La differenza fra immagine mnemonica e immagine sensoriale sparisce nell'allucinazione per opera del processo morboso (3). Per il quale l'eccitazione si estende dagli elementi che sono il substrato delle immagini mnemoniche a quelli che sono il substrato delle immagini attuali cioè della coscienza del corpo. L'io primario affetto spiega tutte le proprietà dell'allucinazione. Un sintoma elementare irritativo che ha parentela con l'allucinazione è l'*idea autoctona* (4), una idea che il malato si trova in mente e che egli considera come estranea alla sua personalità, diversa dall'*idea coatta* (5) la quale è concepita come morbosa ma appartenente al proprio io, e più diversa ancora dall'*idea prevalente* (6) la cui morbosità non è punto percepita, ma fa un tutto interamente fuso con l'ordine normale delle associazioni (7).

La differenza fra allucinazioni e idee autoctone sta nella sede della lesione: nel tratto SI o in I per le prime; nel tratto IT per le seconde. La differenza fra idee autoctone e idee coatte sta nella gravità della seiunzione nel dominio intrapsichico: nelle idee coatte la continuità dell'autocoscienza è conservata, nelle idee autoctone questa continuità è parzialmente interrotta (8).

Nelle lezioni XIX e XX trattando delle allucinazioni, il Wernicke ha pagine che sono fra le più belle del trattato a proposito delle localizzazioni corticali delle immagini percettive e mnemoniche e a proposito dei rapporti fra pensiero e parole. Qui gli schemi non giuocano parte alcuna.

---

1) Lez. XVIII.

2) Pag. 109-110.

3) Pag. 201.

4) Pag. 108, 116, 119, 181, 211.

5) Pag. 108, 116, 145.

6) Pag. 140, 166, 227.

7) cfr. anche: Wernicke, *Ueber fixen Ideen*. Deutsche med. Wochenschrift, 1892 pag. 285. Wernicke, *Ueberwerthige und unterwerthige Ideen*. (LXII Sitzung des Vereins ostdeut. Irrenärzte in Sorau) Allgem. Zeits. f. Psychiatrie, Bd. LI. S. 212.

8) Pag. 116.

Col nome di *Ipermetamorfosi* (1) designa il Wernicke lo stato di iperestesia psichica propria di alcuni stati ansiosi, da distinguersi dall' *iperestesia sensoriale*: (2) la prima si manifesta come una coazione a dirigere l'attenzione a tutte le impressioni sensitive possibili e trarne notizie da elaborare. Invece l'iperestesia sensoriale (quale esiste ad es. nella meningite) è qualche cosa che riguarda propriamente gli organi di senso e si riscontra nell'isterismo.

Il disturbo fondamentale dell'identificazione secondaria, necessario e sufficiente a caratterizzare una psicosi, cioè la disorientazione col concomitante smarrimento, comprende per il Wernicke una quantità enorme di sintomi diversi. I quali del resto, come tali, possono benissimo venir divisi in autopsichici, allopsichici e somatopsichici (3). Una delle manifestazioni estreme del disorientamento è il *Transitivismo* (4), che è simile ad uno smarrimento autopsichico, e consiste nel fatto che tutti i rapporti logici delle cose sono alterati, e manca assolutamente il senso della malattia. In questi casi succede che al malato il contegno dei parenti sembra tanto strano, che teme e si convince siano essi malati di mente.

Esponiamo ora schematicamente il saggio di aggruppamento di sintomi che fa il Wernicke. Egli chiama i gruppi di sintomi *psicosi* o *malattie mentali*, forme acute caratterizzate da un disturbo dell'attività cosciente.

Esse sono le seguenti:

*Psicosi ansiose.* Cause per lo più ignote, alcool, sifilide, età.

*Diagnosi.* Immagini ansiose allopsichiche, orientamento allopsichico e disorientamento auto-somatopsichico.

*Prognosi* favorevole, se non fa parte di una paralisi progressiva (5).

*Somatopsicosi.* Forme ascendenti, intestinali, ecc. di ipocondria.

*Cause*, spesso ignote, talvolta malattie interne.

---

1) Pag. 212.

2) Pag. 213.

3) Lez. XXI.

4) Pag. 226.

5) Pag. 241 segg.

*Diagnosi.* Delimitazione al proprio corpo e talvolta al proprio io dei disturbi della coscienza. Contegno corrispondente.

*Prognosi* legata alla curva del peso corporeo (1).

*Allucinosi acuta. Eziologia.* Alcool, degenerazione.

*Diagnosi.* Manca un vero disorientamento allopsichico. Primitività delle allucinazioni sull' ansia. Deliri di spiegazione.

*Prognosi* favorevole (2).

*Deliri alcoolici (Tremens, protratto, cronico).*

È notevole però che il *delirium tremens* non è trattato dal Wernicke (come tutte le altre psicosi del resto) dal punto di vista eziologico, perciò egli dice (3):

Il quadro del *delirium tremens* può, nei suoi tratti essenziali e caratteristici, essere causato e quindi riscontrasi nella meningite; in avvelenamenti acuti da cloroformio, da etere, da belladonna; nella paralisi progressiva; in psicosi croniche presentanti deliri diversi; a volte la presbionfrenia acuta può difficilmente distinguersi dal *delirium tremens*.

*Psicosi polineuritica. Cause.* Alcool, arsenico, piombo, esaurimento, trauma, tubercolosi, sifilide.

*Diagnosi.* Amnesia retroattiva, attenzione sveglia, disorientamento senza smarrimento. La polineurite non è necessaria.

*Prognosi,* favorevole (4).

*Presbionfrenia. Cause* età.

*Diagnosi* e *prognosi* come la psicosi polineuritica (5).

*Isterismo, Follia morale:* carattere essenziale: limitazione dei sintomi all'autopsiche (6).

*Melancolia affettiva.* Abbassamento dei poteri volitivi, delirio di piccolezza e di autorimprovero.

*Prognosi* buona. *Cause* ignote (7).

*Mania.* Logorrea, umore elevato, livellamento delle immagini psichi-

---

1) Pag. 263 sgg.

2) Pag. 278-79.

3) Pag. 289-290.

4) Pag. 296-301, 507.

5) Pag. 301-302.

6) Pag. 305, sgg. 514 sg.

7) Pag. 344-350.

che (normalmente di valenza superiore (*überwerthige*) o inferiore (*unterwerthige*) alla media)

*Prognosi* buona (1) se non si tratta di mania paralitica.

*Mania confusa* corrisponde alla nostra amenza (*Verwirrtheit*) (2).

*Psicosi della Motilità. Ipercinetiche.* Cause mestruazione, puerperio, nell'uomo cause ignote, però spesso le psicosi sono periodiche (3).

*Diagnosi.* Movimenti pseudospontanei, logorrea, ipermetamorfosi.

*Prognosi* fausta (4).

*Acinetiche.* Cause pubertà, emozioni, isterismo, arresto di sviluppo.

*Diagnosi.* Acinesi muscolare, negativismo, catalessia, rigidità muscolare, verbigerazione, stereotipie.

*Prognosi* seria.

*Psicosi paralitiche* (5). Tipi: mania paralitica (autopsicosi espansiva); delirio, stupore paralitici (allopsicosi); demenza paralitica; e di ciascuna psicosi, forme atipiche, ascendenti, galoppanti e paranoiche.

*Eziologia* sifilide.

*Diagnosi.* I sintomi di una delle psicosi paralitiche, più sintomi da parte del sistema di proiezione sia corticali che spinali (6).

..

Nel riassumere il suo insegnamento dal punto di vista pratico, il Wernicke dice presso a poco così: Le forme di malattie mentali che ho esposto sono soltanto i quadri fondamentali, le forme che più di raro troverete tipiche nella pratica.

La grande maggioranza dei malati presentano per lo meno forme di passaggio, per le quali è adatto il nome di *psicosi miste* (7). Frequentissime sono ad es. quelle che stanno fra le psicosi ansiose e la melancolia affettiva (8). Così è il quadro della

---

1) Pag. 365.

2) Pag. 394-407.

3) Pag. 392.

4) Lez. XXXII. Pag. 371 sgg. Bellissima analisi differenziale fra l'agitazione maniaca e l'agitazione ipercinetica a pag. 377-379.

5) Lez. XXXVII.

6) Pag. 486.

7) Lezione XXXVI, pag. 459.

8) Pag. 242.

melancolia agitata, appartenente al gruppo delle psicosi ansiose, in cui si può ammettere che l'affollarsi di immagini ansiose dia luogo alla logorrea, e in cui il disorientamento è essenzialmente auto-psichico. Fra melancolia e ipocondria (1) ci sono pure forme di passaggio numerose. Una forma mista frequente è il delirio ipocondriaco di persecuzione. I sintomi somato e allo-psichici sono in stretto rapporto in parte rappresentato qui da un semplice delirio di spiegazione, in parte dai sintomi elementari del delirio di relazione somatopsichico che si origina da neoformazione morbosa di associazioni (2). *Psicosi totali*, così sensoriali come motorie, in cui tutti e tre i domini della coscienza sono disorientati, sorgono abbastanza di frequente così su base tossica come su base degenerativa (3). Queste psicosi totali si manifestano talvolta come *psicosi transitorie*, ma senza una parentela eziologica. Infatti si hanno per traumi al capo, per alcoolismo, per epilessia ed isterismo. Casi simili, se durano più a lungo, assumono un carattere sintomatico particolare ed hanno eziologia molto più varia, spesso ignota: si presentano come delirio ipocondrico-fantastico acuto di minaccia, (*Acuter phantastisch-hypochondrischer Bedrohungswahn*) (4) insieme con sintomi motori svariati e allucinazioni di tutti i sensi. Questa forma potrebbe meritare anche il nome di « *Psicosi sensoriale acuta progressiva* » (5).

Evidentemente molti di questi casi corrispondono al delirio acuto e paralisi galoppante degli Autori. Le forme miste motorie e le forme miste di mania, melanconia e confusione sono frequentissime. « Ma per lo più si tratta qui con tutta probabilità di casi di malattie ancora ignote e del resto molto differenti » (6).

La *mania con furore* è una combinazione frequente risultante di mania e immagini ansiose, con allucinazioni corrispondenti. Qualche volta essa si presenta come malattia a sè.

---

1) Pag. 460.

2) Pag. 241.

3) Pag. 265, 445, 461.

4) Pag. 184, 461.

5) Pag. 462.

6) Pag. 462 e agg.

7) Pag. 463.

8) Pag. 466.

La mania si unisce di frequente anche alla confusione astenica. Oltre a tutte le forme miste, abbiamo le *Psicosi composte*, cioè *costituite da fasi diverse e indipendenti le une dalle altre*. Fra queste non mette quindi il Wernicke quelle che hanno uno stadio iniziale, uno stadio di acme e uno terminale diversi, ma non indipendenti; così non mette fra le psicosi composte le alternative di mania e melanconia « l'aumentata eccitabilità che è caratteristica di uno stadio e la diminuita eccitabilità caratteristica dell'altro si preparano e si condizionano a vicenda, precisamente come vediamo succedersi le due fasi nel sistema nervoso periferico... La stessa riflessione vale per il succedersi delle fasi « ipercinetiche ed acinetiche nelle psicosi motorie » (1).

Vere psicosi composte sono, dice il Wernicke, quelle ad es. motorie, che corrispondono alla vesania catatonica del Kahlbaum, sono alcune forme della paralisi progressiva, o altre forme i cui singoli accessi sono di mania, o di mania con furore, di psicosi ansiosa, ecc.

∴

Tutto questo lavoro di aggruppamento mette vicino e insieme sindromi psicopatiche che si somigliano solo nei caratteri esterni. Nessuna costruzione clinica esiste qui.

Anche l'esposizione dei casi antichi, cioè delle forme croniche (2), il cui carattere essenziale sarebbe un disturbo del contenuto della coscienza con attività normale o quasi, non ha per base che un criterio puramente sintomatologico ed empiricamente grossolano.

I così detti « casi antichi » comprendono stati di difetto, stati residuali di psicosi acute, e psicosi decorrenti cronicamente. Questi due ultimi gruppi son compresi dal Wernicke sotto la denominazione di *stati paranoici* (3). Gli stati residuali si suddividono poi in stati paranoici secondari a una psicosi acuta; stati paranoici che si stabiliscono attraverso parecchie psicosi acute; e stati paranoici consecutivi a melanconia acinetica, accompagnati da confusione, tendenza a violenza e fenomeni motori (4).

1) Pag. 468.

2) *Grundriss*. Parte II.

3) Lez. IX.

4) Lez. XVII.

Ad illustrare questi concetti il Wernicke espone l'esame clinico di una serie di malati che egli presentò nella sua scuola negli anni 1898-1900 (1).

Fra gli stati paranoici cioè casi antichi, residuali e decorrenti cronicamente abbiamo gruppi di forme allo e somatopsichiche. Così egli definisce *autopsicosi cronica* un caso, dice il Wernicke, di così detta paranoia originaria (2) la quale « è in molti casi seguita da grave demenza, specie se essa sorge nella pubertà. Queste forme si lasciano a mala pena distinguere dall'Ebefrenia. Nel nostro caso è da prevedersi un decorso cronico ascendente fino alla confusione » (3).

Un altro stato paranoico, ugualmente nella forma di autopsicosi cronica, è quello offerto dal caso 31 (4), ma di diversa origine e precisamente come residuo di ripetuti accessi di una psicosi motoria acinetica-paracinetica (5).

Sintomi elementari, che sono punto di partenza di autopsicosi croniche più o meno circoscritte, sono le idee prevalenti (*überwerthige*) e le idee autoctone (casi 13 e 23 delle *Krankenvorstellungen*).

Ci sono poi « stati di difetto autopsichici » (6) comprendenti per il Wernicke la così detta Ebefrenia, la psicosi polineuritica, la presbiofrenia e la demenza senile.

Della Ebefrenia, oltre ai ben noti caratteri, il Wernicke dà anche questo « che i pazienti non sembrano mai, a vedersi, dementi, anche se la loro mente è completamente vuota » (7).

Quanto alle altre forme, il difetto permanente caratteristico è auto-psichico, ma « fatta astrazione da questo difetto, il disorientamento si limita al campo allopsichico, per cui », dice il Wernicke « ascrivo queste malattie alle *allopsicosi* ». Fra

---

1) *Psychiatrische Abhandlungen*. Serie I e II. *Krankenvorstellungen aus der psychiatrischen Klinik* von C. Wernicke. Breslau. Son già usciti tre fascicoli con oltre 100 casi.

2) *Krankenvorstellungen* I, Caso 25. Pag. 73 sgg.

3) l. c. pag. 76.

4) l. c. pag. 96.

5) l. c. pag. 103.

6) l. c. pag. 104.

7) l. cit. pag. 104.

queste ultime abbiamo, sempre nel dominio degli stati paranoici, le allucinosi croniche (casi 1 e 10). Forma di passaggio, cioè allosomatopsicosi, è il caso 20 e finalmente una somatopsicosi cronica pura circoscritta è il caso 26.

Le psicosi acute permettono naturalmente assai meglio lo studio dei processi per i quali si ha in ultimo il disorientamento, e fanno meglio capire come questa essenziale alterazione del contenuto della coscienza debba essere, secondo il Wernicke, la base della classificazione.

Dapprima abbiamo casi che stanno di mezzo fra le psicosi sensorie e le motorie, stati cioè di iperfunzione o di afunzione intrapsichica che mostrano colpito uniformemente tutto l'organo dell'associazione: autopsicosi acute (la così detta mania e la così detta melancolia).

Le psicosi ansiose non costituiscono secondo il Wernicke un gruppo ben definito, prima perchè la origine dell'ansia non è sempre ben chiara, ma di natura sensoriale, motoria o di origine autopsichica (oscurità che fa propendere il Wernicke ad ascrivere queste forme alle somatopsicosi); in secondo luogo perchè, oltre a comparire come forme a sè, costituiscono talvolta lo stadio iniziale di molte psicosi acute, che più tardi assumono un andamento assai complicato (1). La psicosi ansiosa si distingue dalla melancolia affettiva per la mancanza del senso d'insufficienza, per la presenza di immagini sensoriali ansiose allopsichiche e per il delirio di relazione che ordinariamente sorge nell'acme dell'ansia.

A dimostrare quanto questi schemi lascino di libertà alla classificazione delle malattie e quale numero indeterminato di forme si possano facilmente creare e mettere a posto, sta un caso di demenza post-traumatica guarita (caso 22), che il Wernicke definisce: « Autopsicosi traumatica acuta ». Una donna melancolica per la seconda volta, si getta da una finestra, ed ha, durante il corso della melancolia, un'amnesia retroattiva che dopo circa due mesi scompare. Quest'amnesia retroattiva è certamente un disorientamento autopsichico ed è una forma a sè, indipendente affatto dalla psicopatia preesistente: e il caso può quindi servire

---

(1) l. c. pag. 107.



anzi a giustificare la nomenclatura del Wernicke che può facilmente definire qualunque stato psicopatico.

Solamente rimane il dubbio se questa nomenclatura abbia veramente un valore pratico e tenga come criterio ciò che è veramente essenziale e non accessorio. Perchè se ci son casi come il presente, in cui la denominazione si può applicare senza tema di errore, ve ne sono molti, i più, in cui l'applicazione della nomenclatura è logicamente impossibile: perchè o due, o tutti e tre i dominî della coscienza son presi, perchè la coscienza del mondo esterno presuppone quella del corpo, perchè ciò che in un momento dato è allo-somato-psichico un istante dopo è auto-psichico.

Ora, che, per analogia alle diagnosi di sede nelle malattie encefaliche, si possa, per meglio definire una psicosi, designarla come ledente questo o quel campo della coscienza, può stare, che questa analisi possa servire in molti casi per diagnosticarla può anche essere, ma trarre da questo rapporto l'elemento per denominarla e classificarla, non pare a noi sia cosa abbastanza giustificata.

I casi di psicosi motorie rappresentano sempre per il Wernicke oggetto di analisi finissime e di distinzioni sottili meravigliose (1).

I cinque casi clinici illustrati non sono però per il Wernicke stesso pure psicosi motorie, ma senso-motorie (2).

Sebbene molto rari, dice il Wernicke, ci sono anche casi puri motori nei quali anche le idee deliranti sono legate in nesso causale esclusivamente con sintomi della motilità.

A questi casi puri apparterrebbero in parte casi assolutamente guaribili di psicosi acinetica (*Attonität*) e ipercinetica di origine mestruale.

È molto interessante l'errore diagnostico che il Wernicke dichiara di aver commesso a proposito del caso 29 (3). In base a una paresi facciale destra, parafasia e accenni di disartria, si era su questo malato fatta la diagnosi di paralisi progressiva.

---

1) *Grundriss*. Lez. XXXII, XXXIV, XXXV. *Krankenvorstellungen*, I, Casi 2, 6, 15, 21 e 27.

2) *Krankenvorstellungen*, I, pag. 112.

3) *Krankenvorstellungen*, I, S. 113. •

Conosciuta in seguito l'anamnesi dell'individuo, il Wernicke cambiò il giudizio diagnostico in quello di psicosi motoria recidivante di origine ebefrenica-degenerativa. Su queste diagnosi differenziali di casi in cui i dubbî son sollevati dalla presenza o dall'apparenza di sintomi organici, si è esteso anche l'Heilbronner a proposito, fra l'altro (1), di un caso in cui si mostrava la parentela fra mutacismo e afasia motoria, fra difetto di memoria autopsichico e afasia sensoria (2).

Il Wernicke stesso (3), a proposito della psicosi polineurica e della presbiofrenia, ricorda casi di forme disfasiche di difficile diagnosi differenziale.

..

Preparato tanto e così fine materiale da costruzione, che cosa ha in realtà costruito il Wernicke? Se noi vogliamo riassumere quanto di clinico è stato creato nel suo sistema, noi ci ricacciamo dentro l'intreccio sintomatologico, senza che da qualsiasi punto di vista un orizzonte clinico vasto, o nuovo ci si apra davanti.

L'esposizione dei casi clinici di cui sopra non contribuisce meglio delle lunghe dissertazioni nel *Grundriss* a illuminare le questioni.

Era propriamente una necessità della pratica l'aggruppamento degli stati paranoici cioè del così detto fondo di manicomio? A me fa l'impressione stessa che fa la divisione tecnica dei malati in tranquilli e agitati. Di fronte alle singole questioni psichiatriche della paranoia, della catatonia, ecc. il Wernicke non prende addirittura nessuna posizione. Ora le basi teoriche non meno che le osservazioni di fatto, sulle quali egli fonda il suo sistema, non sono punto tali da far sospettare che sia stato tutto un lavoro vano quello che ha condotto alle recenti vedute e più comuni di psichiatria clinica. Le basi teoriche e le idee conduttrici del Wernicke servono ad uno sminuzzamento nuovo dei sintomi psicopatici, ma non a un loro aggruppamento. Certo quanto più perfetta è l'analisi, tanto migliore potrà essere la sintesi, perciò la sintomatologia del Wernicke potrà mettere in vista fatti e interpretazioni nuove di un grande valore clinico.

---

1) *Uebe Asymbolie* Psych Abh. 34.

2) *Aphasie und Geisteskrankheit*. Psych. Abh. 1.

3) *Grundriss*. pag. 303, 208; e *Krankenvorstellungen*, caso 9; e altrove.

Per esempio la distinzione delle idee coatte dalle idee autoctone e dalle idee prevalenti ha forse un valore che il Wernicke stesso disconosce quando riferisce, diagnostica e classifica casi di autopsicosi croniche (stati paranoici). Da questi sintomi elementari si svolgono quadri di psicosi assolutamente diversi nel decorso e nell'esito.

Le idee autoctone hanno in semeiologia un valore analogo alle allucinazioni; le idee coatte se ne distinguono per la coscienza della morbosità denotante la conservata continuità unitaria dell'autocoscienza. Da ambedue questi ordini di fenomeni prendono origine quadri psicopatologici acuti o cronici, che alterano il contenuto della coscienza, ma che permettono ulteriormente una attività di coscienza perfettamente normale.

Le idee prevalenti invece fanno un tutto talmente fuso con la personalità normale del soggetto, che il processo di seiunzione, per usare il linguaggio stesso del Wernicke, sfugge alla ricerca e non si sa dove assegnargli una sede. Nessun contrasto acuto o incompatibilità fra una parte e l'altra della personalità del soggetto; il delirio di rapporto (*Beziehungswahn*) e di spiegazione (*Erklärungswahn*) che lentamente, non necessariamente, possono sorgere, hanno mille punti di attacco logici, e i loro elementi, cresciuti a poco a poco in lunghi anni, sono in perfetta coerenza con tutta la vita e il contegno dell'individuo, la cui personalità non rimane privata mai di alcun anello nella catena delle associazioni, e che nemmeno presenta i fenomeni irritativi da seiunzione acuta, ma solo al massimo parestesie psico-sensoriali (illusioni), e la cui continuità unitaria è rigorosa, anche quando le idee deliranti di spiegazione possono superficialmente far parere il contrario. Questo tipo di malattia, che scaturisce dall'analisi del Wernicke così puro, così ben definito, non è dal Wernicke stesso messo in giusta luce: esso corrisponde alla *Paranoia*, come s'intende oggi da Kraepelin (VI Edizione) e da pochi altri, e si può con ragione chiamarlo « *Autopsicosi cronica da idee prevalenti* ». Questi malati sono caratterizzati da una speciale energia psichica.

In generale la robusta costituzione di un cervello può venir misurata dalla resistenza agli affetti in genere, specie quelli depressivi. Così si vedono decadere psichicamente uomini apparentemente forti, i quali si lasciano trasportare nell'elaborazione

psichica di avvenimenti dolorosi; mentre nulla prova meglio l'attività forte cerebrale che l'energia e il buon umore con cui alcuni querulanti seguitano la lotta per i loro diritti non ostante tutte le disillusioni e difficoltà (1).

Abbozzi di aggruppamenti clinici si hanno qua e là, rapporti intraveduti si tradiscono sovente, senza che il Wernicke vi si fermi sopra gran che dal punto di vista del decorso e prognosi delle malattie.

» La psicosi motoria ipercinetica si è sviluppata qui (2) come sovente accade, in coincidenza di un puerperio, per quanto noi sappiamo normale; la paziente è quindi un esempio della erroneamente chiamata Mania puerperale, colla quale denominazione si indicano tutte le possibili psicosi acute, quasi mai la vera mania (3).

La parentela della mania con la melancolia è rivelata dai seguenti fatti (4). Una forma leggera dell'una suole presentarsi nella convalescenza dell'altra. Tanto la mania quanto la melancolia sono le psicosi che hanno la massima tendenza alla recidiva, e talvolta invece di un atteso accesso di mania si ha un accesso di melancolia (melancolia sostitutiva) (5). L'esistenza della forma circolare.

Mentre la forma circolare però sviluppa sempre le medesime forme della mania e della melancolia, nella mania recidivante si osservano i quadri più gravi della mania confusa e anche questa unita talvolta a elementi stranieri (6).

Riscontro alla psicosi circolare fa la *psicosi ciclica della motilità*, frequente più che le forme semplici iper-e acinetiche. In questa psicosi motoria mista o completa si osservano stadi a lei particolari, in cui si hanno contemporaneamente i segni dell'acinesi, dell'ipercinesi e della paracinesi (7). Una forma di psi-

---

1) *Grundriss*. pag. 161.

2) Svolgendo un caso di psicosi acinetica-paracinetica che seguiva ad una psicosi ipercinetica. *Lez.* XXXII.

3) *l. cit.* pag. 374.

4) Pag. 367 sgg. in *Lez.* XXXI.

5) Pag. 357.

6) Pag. 369.

7) Pag. 439 sgg.

così esclusivamente paracinetica non si può ammettere (1). Qualche volta si hanno quei sintomi che non sono da attribuirsi a fenomeni elementari di lesione nel tratto T M, ma invece nel tratto I T, cioè si ha una acinesi e una paracinesi intrapsichica (melancolia depressiva, pseudo-melancolia).

Sul decorso e sugli esiti delle malattie mentali il Wernicke dà molto spesso, sebbene senza alcun ordine e criterio conduttore, osservazioni preziose e insegnamenti di non dubbio valore pratico. Dal punto di vista generico egli tenta di spiegare il meccanismo psicogenetico dei vari esiti (2) e null'altro. Noi invece possiamo cogliere qua e là frutti di esperienza clinica, come i seguenti.

Nel caso di una psicosi cronica, se la presenza del delirio di spiegazione denota una attività psichica normale sopra un contenuto già stabilmente alterato, essa però non è punto necessaria alla diagnosi di cronicità, e d'altra parte essa non esclude il sopravvenire di nuovi disturbi della attività cosciente. Il delirio di spiegazione dipende molto nei casi antichi da condizioni estrinseche, di ambiente, ecc. Se esso però manca totalmente fin da principio, si stabilisce con maggiore facilità uno stato di difetto (3).

Invece i deliri di rapporto, gli errori positivi e negativi di memoria, le idee autoctone e le allucinazioni, siccome possono mancare o non formar sistema, anche quando il processo di seiunzione avvenuto è estesissimo, e non per tanto non c'è demenza, così è possibile che tali sintomi stiano ad indicare un processo morboso ancora in fiore (4).

Quanto alle psicosi acute, i criteri essenziali della guarigione sono il modo come il malato dimesso dal manicomio si contiene, e il benessere somatico (5).

Pur troppo l'esperienza insegna quanto ambedue questi criteri ingannino e come soltanto essi valgano in generale per qualche fase o stadio o accesso di alcune malattie.

---

1) Pag. 441.

2) Pag. 534-543.

3) Lezione XVI e in parte Lez. XI e XII.

4) Pag. 158-159.

5) Pag. 161.

Nelle forme croniche gli affetti, anche gravi, corrispondono al contenuto morbosamente modificato della personalità senza essere morbosi di per sè stessi (1); mentre quest'ultima qualità posseggono gli affetti nelle forme acute.

La completa fusione dei sintomi morbosi col contenuto sano della coscienza è una condizione che fin dall'inizio fornisce alla malattia i tratti dell'inguaribilità (2).

Un altro segno che aggrava molto la prognosi è la presenza di disorientamento senza corrispondente stato affettivo. « È nei casi » di demenza che si osserva la mancanza di reazione adeguata » ai disturbi acuti dell'identificazione: così negli stati di difetto, » nella paralisi progressiva, nella presbiefrenia e nell'ebefrenia (3).

La demenza terminale, cioè « un difetto o un abbassamento dell'attività di associazione » (4), dipende dall'ampiezza con cui ha luogo il processo di seiunzione e dalla mancanza di quelle condizioni interne e di ambiente che danno luogo a stati paranoici.

Essa non è sempre facile a riconoscersi. La psicosi polineuritica ad es. (5) ha un inizio acuto e presenta fin da principio sintomi di difetto psichico cioè la perdita della capacità di ritenere cose nuove (*Merkfähigkeit*) e la grave lesione della memoria. Ma non si può qui parlare di involuzione psichica (*Blödsinn*). Lo stato di difetto psichico è qui dato dalla mancanza di smarrimento (*Rathlosigkeit*) pur essendovi un notevole disorientamento allo-psichico.

In forme apparentemente croniche poi, in cui tutto tenderebbe a dimostrare la psicosi come passata ad uno stadio terminale, sorgono talvolta nuovi sintomi che complicano il quadro (6). Seguono nuove idee deliranti di spiegazione, che progrediscono succedendosi più o meno organizzate in sistema. Il che non è sempre segno di inguaribilità, come da alcuni è stato ammesso. In fatti a volte prima dell'esito definitivo si osserva nelle psicosi

---

1) Pag. 83.

2) Pag. 83.

3) Pag. 226.

4) Pag. 114.

5) Pag. 299.

6) Pag. 86. 104. 105.

acute uno stadio più o meno lungo, il quale presenta più o meno modificate le lesioni del periodo acuto sotto forma di alterazioni del contenuto, oppure come diminuzione quantitativa delle associazioni. Tanto nella forma di stato paranoico, quanto in quella di stato demenziale, questo stadio della malattia è suscettibile di completa guarigione (1).

Questo stadio può presentare i caratteri di una allucinosi: ed è in questi casi di *allucinosi residuale* che una malattia intercorrente febbrile leggera può condurre a guarigione (2).

La mancanza di coscienza della malattia, se è sempre segno di malattia non guarita, non è sempre segno di stato inguaribile (3); a poco a poco gli errori di memoria possono correggersi, e risvegliarsi una coscienza anche chiara della malattia sofferta.

Complessivamente, per la prognosi delle malattie mentali, noi possiamo ammettere solo questo (4), che una lesione, una volta avvenuta nella coscienza, può avere le più gravi conseguenze in tutta la vita psichica dell'individuo, senza che nuovi processi morbosi sorgano, anzi talvolta appunto perchè l'attività cosciente è perfettamente normale, ma deve lavorare su dati erronei, su elementi falsi del contenuto.

∴

Tre conclusioni capitali ci permette l'analisi che noi abbiamo fatta della psichiatria del Wernicke.

1.° Le premesse fondamentali, che sono il filo conduttore in tutte le parti del sistema, sono logiche per sè e aiutano molto l'analisi dei sintomi: si dimostrano insufficienti a denominare e classificare malattie: servono a definire sindromi e non sempre.

2.° La psichiatria del Wernicke è il più bell'esempio che si conosca di analisi psicopatologica. Ma il Wernicke, che sa vedere le più sottili differenze fra sintoma e sintoma, fra sindrome e sindrome, non ne vede sempre le somiglianze in rapporto al fine pratico della medicina, cioè in rapporto alla prognosi delle malattie.

---

1) Pag. 114.

2) Pag. 117-118, 159.

3) Pag. 85.

4) Pag. 105.

3.° Molti dati analitici del Wernicke confermano molti concetti sintetici del Kraepelin. Il Wernicke non si prefigge altro fine all'infuori della sintomatologia; il Kraepelin mira invece esclusivamente alla clinica: il fatto che i due sistemi si integrano completandosi a vicenda, sebbene nelle apparenze sembrino in tutto differenti ed opposti, dimostra come col movimento attuale si vada delineando una psichiatria non più essenzialmente diversa a seconda delle diverse scuole, ma una psichiatria scientifica, unica, obbiettivamente precisata nei metodi di ricerca e nei postulati fondamentali.

---

### **Contributo allo studio della peritonite isterica**

pel Dott. **Ercole Cruciani**

T. S. di anni 17, nubile, nata e residente in Casenove (Umbria), ha la madre vivente, attualmente sanissima, e che anni indietro fu sofferente per ischialgia; il padre le morì in età di circa 40 anni per neoplasma testicolare (sarcoma) e fu alcoolista. Dei fratelli, uno è stato sempre sanissimo, mentre l'altro, che ora gode ottime condizioni di salute, in passato fu a lungo sofferente di periostite tibiale.

La T. S. fino a pochi mesi addietro ha goduto sempre buonissima salute, quantunque non abbia mai potuto condurre una vita agiata, perchè la sua professione di merciaia ambulante, l'ha costretta ad esporsi senza riguardo alle varie vicissitudini atmosferiche. Infatti, per gli strapazzi corporei, per l'alimentazione costituita da cibi grossolani poco nutrienti e male digeribili, per abitare una casa pochissimo salubre, la sua nutrizione generale ha presentato in questi ultimi tempi un certo decadimento e le mestruazioni che dal loro primo apparire (all'età di 14 anni) erano state sempre regolari, hanno da qualche mese subito modificazioni tanto riguardo alla periodicità e alla durata, come pure relativamente alla quantità e qualità del sangue perduto.

Il giorno 24 Maggio ultimo scorso fui chiamato presso la T. S. perchè fino dal giorno innanzi erano apparsi i seguenti disturbi a carico dell'apparecchio gastro-enterico: dolori molto forti, ri-



tornanti ad accessi, e diffusi per tutto l'ambito addominale, diarrea e vomito; la febbre era assente: feci diagnosi di gastro-enterite, forse *ab ingestis*, ed istituì una cura adeguata.

Dopo due giorni circa la diarrea era cessata, ma era invece apparso un singhiozzo assai molesto; il vomito si era reso infrenabile, tanto che la malata non tollerava nessun genere di alimenti, nè solidi nè liquidi, ed erasi avuta una esacerbazione dei fatti dolorosi a carico dell'addome: mentre nei primi due giorni l'inferma era apiretica, nel pomeriggio del terzo dì, preceduta da qualche leggero brivido, era apparsa la febbre, che ben tosto raggiunse i 39° C.

Tralasciando l'esame obiettivo praticato la prima volta che fui chiamato presso l'inferma, esporrò, come quello che più direttamente interessa, l'altro, redatto il giorno 27 Maggio.

La T. S. giace in letto supina, tiene le gambe flesse sulle coscie e queste sull'addome; si mantiene tranquilla nella posizione che ora ho descritto ed il volto ha l'espressione del dolore.

Di media statura, presenta regolare la costituzione scheletrica del tronco e degli arti, come pure è regolare la conformazione del cranio e della faccia; notasi un sensibile grado di denutrizione, cosicchè la pelle può esser sollevata in piccole pieghe, per incipiente deficienza del pannicolo adiposo. Il colore della pelle è pallido, ma non sulle regioni zigomatiche, che si presentano arrossate; le mucose visibili sono di un color roseo sbiadito.

Il polso è piccolo, ma non molto frequente, battendo circa novanta volte il minuto primo: di escursioni respiratorie, alquanto brevi e superficiali, se ne contano circa ventiquattro al minuto; il mattino la temperatura oscilla tra i 36.° 5 e i 37.° C; la sera, preceduta da leggeri brividi, si innalza a 38.° 5 e 39.° C.

Lingua coperta da un intonaco biancastro, rossa ai bordi e all'apice; appetito scarso, sete viva, stipsi.

La malata prova un bisogno frequente di mingere, un senso di dolore alla vescica, che sotto forma di bruciore si propaga lungo l'uretra, e che si fa più intenso verso la fine della minzione: l'urina, di colore, quantità, reazione e peso specifico ordinario, non presenta nemmeno tracce di principii anormali.

L'inferma accusa un vivo dolore all'addome, che non solo si esacerba spontaneamente, ma in special modo con la palpazione

delicata e sotto il peso delle coltri. Il vomito è infrenabile, consecutivo alla ingestione immediata degli alimenti, tanto solidi, che liquidi; il singhiozzo frequentissimo, rumoroso, si può suscitare, anche dopo la più lieve impressione, oppure dopo di essa presenta più spiccati i caratteri che gli sono proprii.

L'addome, richiamando specialmente la nostra attenzione per essere la sede delle sofferenze dell'inferma, ci si presenta leggermente aumentato di volume, di forma globosa: la linea alba appare appena pigmentata; la palpazione, anche delicata, ovunque praticata, suscita dolori assai vivi, e per essa le pareti contraendosi oppongono valida resistenza; il dolore, si risveglia molto più intenso, palpando in corrispondenza delle regioni ovariche.

Alla percussione risonanza timpanica per tutto l'ambito addominale e con lieve accenno ipofonetico sulle regioni ileo inguinali.

Dall'esame dei visceri toracici si rileva che essi sono in condizioni fisiologiche: deboli i toni cardiaci, ma di chiarezza e timbro normali.

Passando all'esame delle funzioni della vita di relazione, ho notato i seguenti risultati: sensibilità tattile e termica normali; barica e dolorifica aumentate a sinistra.

In quanto ai sensi specifici i risultati sono i seguenti: l'acutezza visiva è normale da ambo le parti; le pupille sono ampie e reagiscono prontamente agli stimoli luminosi ed alla accomodazione; il campo visivo è ristretto.

Il senso dell'udito non presenta particolarità degne di nota, se ne toglie alcune sensazioni subiettive che la malata paragona ad un sussurro e talvolta al rumore dell'acqua corrente.

Per l'odorato non vi è perversione, ma uno stato di ipereccitabilità; gli stessi fatti notansi per la sensibilità gustativa.

I riflessi cutanei sono normali, all'infuori dell'epigastrico, perchè strisciando con l'unghia sulla regione epigastrica si nota una viva ed energica contrazione delle pareti addominali; dei riflessi tendinei è un poco esagerato il patellare; sono aboliti il riflesso faringeo ed il congiuntivale.

La ricerca di eventuali stigmate isteriche dà i seguenti risultati: comprimendo le mammelle, anche moderatamente, si desta un senso di oppressione, che poi si tramuta in una sensazione dolorifica, aumentando la forza comprimente: l'inferma prova di-

sturbi parestesici, come sensazione di vive trafile, ora quà, ora là, in varie parti del corpo.

Dai risultati dell'esame obbiettivo e dalla sindrome inorbossa offertaci dalla inferma, il primo concetto diagnostico fu quello di una peritonite acuta, sviluppatasi in seguito ad una localizzazione uterina o tubarica, ed in conformità fu istituita la cura. Le ordinarie risorse terapeutiche, largamente adoperate, non lenirono in modo alcuno le sofferenze della inferma; il dolore dell'addome, il singhiozzo e il vomito persistevano ostinatamente, cosicchè fu indispensabile alimentarla con clisteri nutritivi.

Però l'esame degli organi genitali, sebbene limitato per doversi praticare su una ragazza, mi fece escludere l'ipotesi che il punto di partenza della malattia fosse stato l'apparecchio genitale, come pure l'esame analitico dei varii sintomi locali e generali, non mi fece rilevare nettamente i caratteri loro proprii, quando siano l'espressione di una peritonite.

Infatti il dolore che l'inferma accusava, e che, risvegliato dalla palpazione, appariva assai intenso, avrebbe dovuto produrre una dispnea molto più forte di quella che presentava codesta inferma; ed anche il meteorismo, che pure non faceva difetto, avrebbe dovuto contribuire a rendere il respiro più ansante, di quanto effettivamente non fosse.

Il singhiozzo, apparso qualche giorno dopo l'esordio della malattia, forse per suggestione, perchè si manifestò frequente e rumoroso il giorno dopo che le domandai se per avventura la molestasse, differiva notevolmente da quello che nelle peritoniti appare nelle ultime fasi del morbo, come *signum mali ominis*, perchè, aparendo od esacerbandosi dopo una sorpresa, faceva pensare ad un fenomeno puramente nervoso.

Il vomito tormentosissimo, come si osserva nelle peritoniti, ne differiva perchè mentre in tali affezioni è ora spontaneo, ora provocato dalla ingestione degli alimenti, nel caso attuale si manifestava solo dopo l'assunzione del cibo, di qualsiasi natura esso fosse, e seguiva tanto rapidamente la sua introduzione da far ritenere che non fosse puranco penetrato nel ventricolo. Considerando attentamente i caratteri del vomito che affliggeva codesta inferma, se ne riportava l'impressione che invece di un vomito provocato per via riflessa dalla sierosa infiammata (tale ritenen-

dosi il meccanismo del vomito nella peritonite) la causa produttrice esistesse in una contrazione spasmodica del cardias, perchè all'inferma sembrava che gli alimenti, tanto solidi che liquidi, si arrestassero davanti allo stomaco.

Il polso pure aveva dei caratteri importanti e sufficienti a legittimare il dubbio, che invece di una flogosi peritoneale, ci fosse presente quella forma nervosa, cui il Gubler ha dato il nome di peritonismo; infatti esso era piccolo, ma non molto frequente, come costantemente si osserva nelle peritoniti, fin dall'inizio del morbo.

Ho voluto di proposito soffermarmi sull'analisi comparativa dei varii sintomi offertici da codesta inferma per poter rischiare la diagnosi, che si presentava oltremodo oscura.

Quantunque la malata presentasse parecchi caratteri, pei quali la si poteva, senza tema d'errare, giudicare un'isterica, quantunque l'interpretazione dei varii fenomeni osservati facesse pensare a fatti puramente funzionali, pure mi sembrava molto arduo formulare la diagnosi di peritonite isterica.

Il meteorismo, non molto accentuato, la mancanza di zone con ipofonesi spiccata, di raccolta liquida intraperitoneale, di sfregamento peritonitico, non erano, secondo me, sufficienti ad avvalorare la diagnosi di peritonismo; perchè in una forma morbosa, da pochi giorni iniziata, quei sintomi, che non avevano ancora raggiunto un notevole grado di sviluppo, potevano in seguito estrinsecarsi in una forma più chiara e completa, e nel medesimo tempo rendersi evidenti gli altri, che fino allora facevano completamente difetto.

D'altro canto, la forma particolare con la quale alcuni sintomi si manifestavano non era sufficiente a farmi escludere in modo assoluto l'esistenza di una peritonite, pensando che se tale affezione si fosse sviluppata in un soggetto isterico, alcuni fenomeni ad essa proprii, avrebbero potuto assumere parvenze speciali.

La febbre poi che, quando non esiste, costituirebbe per alcuni osservatori un elemento validissimo per la diagnosi differenziale, nel nostro caso, sebbene non molto elevata, pure era presente, e faceva pensare che fosse l'espressione di una flogosi del peritoneo.

Ma un fatto nuovo sopraggiunse a dissipare ogni dubbio: il 3 Giugno l'inferma fu ammessa all'Ospedale Civile di Foligno, dove rapidamente migliorò, più per l'efficacia suggestiva dell'ambiente, che per virtù di medicamenti: qualche iniezione ipodermica di acqua sterilizzata, e l'applicazione di una pomata sedativa, dissiparono in breve i dolori addominali ed il meteorismo, attenuarono notevolmente il vomito e il singhiozzo; i primi più non assalirono l'inferma, ma, con varia vicenda, gli altri due sintomi continuarono per qualche tempo a molestarla, ad onta che persistesse ad adoperare varii medicamenti. L'esito, così inaspettato, confermò l'ipotesi che si trattava di quella forma morbosa, nota sotto il nome di peritonite isterica.

Sebbene il caso che io ho avuto l'agio di osservare, dopo pochi giorni, con una crisi inaspettata, abbia completamente chiarito l'oscuro diagnostico, pure mi è sembrato interessante ricordarlo, per essere relativamente poco frequenti quelli illustrati nella letteratura medica.

Nel 1848 e 1849 primo a descriverla al mondo scientifico fu il Porcher (*Hysteria simulating acute peritonitis. Annalist. New-York t. 3.º*) e sotto lo stesso titolo il Gramshaw nel 1853 nella *Md. Times and. Gaz.* di Londra.

Ne parlarono quindi il Courtois-Suffit nel Trattato di Medicina pubblicato sotto la direzione di Charcot, Bouchard e Brissaud (T. 3.º, pag. 653. Parigi 1892); inoltre ne fecero menzione Gilles de la Tourette, nel Trattato clinico e terapeutico dell'isterismo (2ª parte pag. 355 Parigi), e nel 1898 il prof. Rendu in una lezione clinica all'Hopital Necker di Parigi, raccolta nella *Médecine mod.* del 25 Giugno 1898.

In Italia monografie sull'argomento furono pubblicate nei numeri 235 e 236 del 1894 della *Riforma Medica* da Massalongo e Farinati, sotto il titolo di: Isterismo Viscerale; dal Boari nell'Ottobre 1895, nel *Bollettino delle Scienze Mediche* di Bologna, sotto il titolo di Pseudo-meningite e pseudo-peritonite isterica; più recentemente poi nel 23 Ottobre 1896 il dott. Cappelletti, Vice-Direttore del Manicomio di Ferrara, fece oggetto di comunicazione a quella Accademia di Scienze Mediche e Naturali un caso di peritonite isterica, sotto ogni riguardo interessante.

Mi piace rilevare che sulla mancanza della febbre nella peritonite isterica alcuni osservatori si basarono per formulare la diagnosi differenziale. Il caso che io ho avuto l'occasione di ricordare, e nel quale constatai reazione febbrile, dimostra che l'assenza di questo sintoma non vale gran che a consolidare la diagnosi di peritonite isterica, tanto più che la febbre può mancare nelle infiammazioni tubercolari della sierosa peritoneale, ed essere invece presente, con altezze anche considerevoli, in queste forme isteriche, come hanno nei loro casi osservato Massalongo e Farinati, Boari, Cappelletti.

Nella sua pubblicazione, il dott. Cappelletti opina, che la reazione febbrile nella sua inferma, fosse un fenomeno di auto-intossicazione, determinato dai gravi disturbi intestinali; io, al contrario, nella mia malata, non la credo dipendente da tale fattore, perchè si sarebbe dovuta accendere nei primissimi giorni di malattia, quando appunto più intensi erano i disordini da parte del sistema gastro-intestinale (diarrea). Nel caso da me osservato ritengo che la febbre sia di natura nervosa (febbre isterica); e in questo concetto mi conferma anche l'esame delle urine, che si presentarono chiare, abbondanti, prive di principii anormali, insomma senza i caratteri delle urine, appartenenti ad individui colpiti da malattie infiammatorie. Non potendo adunque convenire con coloro, che ritengono l'assenza della febbre un sintoma quasi patognomonico della peritonite isterica, come pure non potendo sempre valerci della cloronarcosi e della suggestione ipnotica, per far dileguare i sintomi proprii del peritonismo e nemmeno considerare questi due mezzi come un sussidio semeiotico sicuro, è necessario concludere che la scienza non ci offre finora un mezzo sicuro per la diagnosi differenziale, e che il più spesso sono gli infermi stessi che con una crisi inaspettata, con quei rapidi cambiamenti di scena, che si osservano non di rado nei soggetti isterici, squarciano il fitto velo che ci nasconde la diagnosi.

Dinanzi a tale incertezza, faccio mie le parole, con le quali il dott. Cappelletti chiude la sua interessante monografia: « non è inutile raccomandare la prudenza nel giudicare, la massima prudenza nel consigliare e nel compiere atti operativi ».

*Casenove (Umbria) 1 Novembre 1900*

## **Per la diagnosi e la prognosi delle malattie mentali**

del Dott. **Alberto Vedrani**

### **III**

..... Ondo tanta diversità di giudizi? Chi voglia rendersene ragione deve ascendere all'analisi del criterio che giustifica le distinzioni nosologiche. Non c'è un malato che sia uguale all'altro: ma mentre ce ne son molti che non presentano fra di loro alcuna analogia, ce ne sono altri che ne manifestano moltissima. Il riunire questi casi analoghi e il distinguere quelli differenti costituisce per il medico il primo dei bisogni. Il pratico in tanto sa qualcosa, in quanto può riferire il fatto attuale a fatti precedentemente a lui noti.

Murri - *Rivista critica di Clinica Medica.*

Anno I pag. 418.

Vediamo, in casi concreti, come si presenta più comunemente, e in quali combinazioni sindromiche, il rallentamento psicomotorio. Per ciò prendiamo in esame alcuni casi di frenosi maniaco-depressiva conclamata, in fase depressiva. Può darsi che questa esposizione di casi clinici attedi chi legge, ma dirò anch'io che i fatti sono sempre più istruttivi dei precetti, almeno per chi preferisce avere cognizioni in luogo di opinioni. Senza casi concreti, ha detto Aschaffenburg in un interessante dibattito (1), mancherà sempre un saldo punto d'appoggio nella discussione sopra una forma clinica.

A proposito di storie cliniche, apro subito una parentesi per rispondere alle censure che Klink e, in un recente fascicolo del *Centralblatt für Nervenheilkunde* (2), mi ha fatto l'onore di rivolgere al mio ultimo articolo « per la diagnosi e la prognosi delle malattie mentali ». Per l'indole di questi scritti, intesi ad agitare questioni sorte per un movimento che io reputo ascen-

---

1) *Allgem. Zeitschr. f. Psych.* Bd I.V. pag. 66.

2) N. 130. 1900 Novembre p. 686-87.

dente per la psichiatria, io mi trovo a dover fare un poco (rubo il paragone a un illustre scrittore italiano) come quei ricostruttori, non so più se delle mura o del tempio di Gerusalemme, i quali, raccontano le sacre carte, in una mano tenevano la cazzuola e lavoravano all'opera, e nell'altra tenevano un dardo e difendevano dai nemici l'opera nascente.

Klinke non solo si professa in parte avverso alla dottrina kraepeliniana dell'unità delle forme maniaco-depressive, ma egli trova anche che io non ne sono buon sostenitore. Infatti io, secondo lui, ho cercato di addentrarmi negli stati misti della frenosi maniaco-depressiva, ma ho recato in appoggio di queste vedute solo alcune storie molto scarse. Ora io ammetto che fin ora non ho portato molti fatti per conferma della dottrina degli stati misti, ma Klinke deve ammettere con me che non ne ho avuta, almeno non ne ho mostrata, l'intenzione. Io fin ora ho solamente esposta quella dottrina, che tengo per dimostrata finchè la critica non abbia portato contro al lavoro del Weygandt delle ragioni e non delle parole e non dei rimproveri « di una osservazione non del tutto rigorosa dei fatti clinici »; invece ho riferita la storia sommaria di alcuni casi, dove le sindromi maniche e depressivo-stuporose si succedono e si alternano con la più grande irregolarità, a distanze differenti di tempo: sindromi davanti alle quali il medico, in generale, smarriva il concetto di un processo morboso immanente ed unico, e diagnosticava ora la mania, ora la frenosi puerperale od isterica, ora la confusione mentale o la demenza acuta. Del resto, dopo tutto, anche Klinke ammette che « nessuno vorrà negare la reale esistenza della forma morbosa indicata da Kraepelin: il nome è del tutto indifferente »; ma, anche per lui, il punto controverso e di cui io ho, secondo lui, anticipata (*vorlauffig*) la soluzione, è se la mania la frenosi periodica e quella circolare siano tutte manifestazioni di uno stesso ed unico processo morboso.

Ora se io portassi centinaia di quelle storie cliniche esaurienti, che Klinke desidera invano nel mio scritto, io non potrei per tale via indurlo in questa persuasione. Perchè qui è questione di buon senso: si perviene all'idea di questa unità per considerazioni di analogia con altri processi morbosi, e per lo studio dei sintomi soprattutto: è vero o non è vero che è straordinaria-



mente raro il caso di un accesso maniaco unico nella vita? (1) è vero o non è vero tutto ciò che si contiene nel passo che io ho riferito (*mit wenig Glück*, crede Klinke) dal libro di Wernicke, dove il grande osservatore conclude, per un'intima parentela (*innere Verwandschaft*) fra la mania genuina e la depressione? o non è vero che il numero dei casi clinici, i quali si acconciano alla rigidità degli schemi assegnati alla frenosi circolare e alla periodica (nel senso genuino che alla parola vuole riservato il Hitzig (2), è ben piccolo in paragone della grande maggioranza di casi in cui le stesse sindromi si ripetono senza regola? e

1) È noto che Kraepelin sopra 1000 malati, dei quali negli ultimi anni ha potuto seguire la sorte, ha trovato uno solo che ha subito un breve eccitamento maniaco nell'adolescenza e non ne ha patito più mai. In tutti gli altri casi che potè seguire abbastanza a lungo, il primo accesso maniaco fu precursore di una frenosi periodica e circolare. Il Kraepelin ha visto un accesso maniaco ripetersi dopo 32 anni. Ho già detto altrove che Ivan Erp. Taa!man Kip. (*Allgem. Zeitschr. f. Psych.* Bd. LIV. p. 119) ha interrogati a questo proposito gli archivi del manicomio di Dordrecht, e, dopo sceverati i casi nei quali la diagnosticata mania era evidentemente una sindrome nel corso di diverse malattie (psicosi alcoliche, ebefrenia, catatonia, demenza paranoide, psicosi senili ecc.), conclude: « di 856 pazienti (1140 ammissioni), almeno 4 (al più 6) hanno subito fin ora un solo accesso maniaco. Queste cifre sono già tali da giustificare la conclusione che una mania acuta, malattia a sè, è straordinariamente rara. Che se poi si valuta il fatto che di questi pazienti due hanno subito l'accesso da breve tempo ('93 e '94) e sono rispettivamente al 25° e 46° anno di età, si dovrà convenire nell'ammettere che questi due casi non si possono recare in prova dell'esistenza indipendente della mania acuta. Gli accessi degli altri risalgono in uno ad 11 e in altro a 9 anni fa; mentre l'età di questi pazienti è ora rispettivamente di 38 e 29 anni ». Anche Hinrichsen (*Allgem. Zeitschr. f. Psych.* Bd. LIV. p. 786) con analoghe ricerche conclude che la mania acuta semplice è una malattia rara.

2 Ref. in Schmidt's *Jahrbücher* Bd. 259 p. 25. « Hitzig versteht unter periodischen Psychosen ausschliesslich solche Krankheitsformen, die in ihrer eigenthümlichen Erscheinung *regelmässig* periodisch wiederkehren ». In Italia Tonnini fino dal 1883 (*Archivio italiano per le malattie nervose* p. 23) metteva in vista la difficoltà di mantener distinte le frenosi periodiche dalle circolari, e la comune lipemania con stupore da quella dei circolari. Quanto agli stati misti, essi sono ammassi anche da Morselli. V. note al Ballet p. 194.

non è vero che le distinzioni asserite tra la mania semplice e quella dei circolari e quella dei periodici sono artificiali e smentite dall'osservazione quotidiana, onde non c'è nessun clinico al mondo che sappia distinguere se un accesso maniaco è semplice o fa parte di una forma periodica o di una circolare? Ma se la distinzione è impossibile, l'unità s'impone.

Naturalmente questa idea, che chi patisce nella vita di qualche accesso maniaco, porta in sé la malattia stessa di un altro che ne patisce di moltissimi, con fasi depressive e miste per giunta, non si può dimostrar vera collo stesso rigore logico con cui si dimostra che il quadrato costruito sull'ipotenusa di un triangolo rettangolo è eguale alla somma dei quadrati costruiti sui cateti. Non c'è neppure una pietra di paragone per dimostrare che chi soffre di qualche raro insulto epilettico ha in sé la stessa malattia, per la quale certi infelici nei nostri asili stramazzano continuamente a terra o entrano in stati d'angoscia e di malumore. Ma chi pretendesse il rigore matematico in questioni come questa, mostrerebbe di non avere meditato abbastanza sul processo mentale pel quale la medicina è pervenuta a certe distinzioni nosologiche. « Non si può negare, insegna Murri, che certe specie morbose non sono ammesse che per le singolarità dei loro sintomi, per es. il morbo di Basedow e l'emicrania. Si conoscono forse il meccanismo intimo del dolore dell'emicrania, la sede dell'alterazione che n'è l'origine, la causa precisa, i rimedi? No certo: eppure nessuno potrebbe dubitare che l'emicrania costituisca, per ora, una specie morbosa distinta. Egli è che la sua intermitenza, l'essere prevalente in un certo periodo della vita, l'associarsi del dolore a disordini vasomotori, visivi, uditivi, gastrici, quali in nessun altro dolore si avverano, il suo costante alternarsi o cessare coll'età avanzata, l'esito non mai funesto, la costante assenza di note lesioni anatomiche, riferibili ad essa, nei cadaveri di coloro che ne soffrirono, costituiscono una riunione di tratti così singolari e così costanti che sforza ad ammettere che l'origine loro sia pure singolare e costante » (1).

È appunto alla singolarità dei sintomi che noi riconosciamo anche questa entità clinica della frenosi maniaco-depressiva. Ha

---

1) Murri. Del Paramioclonio molteplice (*Rivista critica di Clinica medica* Anno I. n. 23).

torto Klinkke, quando mostra di credere che noi vogliamo inquadrare in questa grande cornice *tutte le possibili forme (alle möglichen Einzelformen)*; solo le forme che presentano certi sintomi peculiari noi le ascriviamo per ora alla frenosi maniaco-depressiva, ed io mi ero proposto questa volta di fermare l'attenzione sopra uno di questi sintomi: il rallentamento psicomotorio.

A proposito del quale c'è ancora confusione d'idee e dissenso d'apprezzamenti. Non già che questo fenomeno fosse ignoto agli psichiatri prima che il Kraepelin ne promovesse la conoscenza: tutt'altro. Ultimamente Bresler (1) ha voluto far osservare che già Emmerich aveva rilevata la precisa importanza dell'arresto psicomotorio. Una volta messosi sulla via delle rivendicazioni, il Bresler poteva tirare innanzi e risalire fino a I. Falret: dalle cui lezioni, pubblicate nel 1864 (2), l'Emmerich attinse la descrizione della depressione dei circolari, quando, diciassette anni dopo, dettava il suo splendido articolo » *ueber cyklische Seelenstörungen* » (3).

« Gli ammalati, si legge a pagine 467 del libro di Falret, rimangono allora del tutto solitari e nell'immobilità..... L'indebolimento diviene di giorno in giorno più manifesto; infine, in certi casi, arriva un momento che l'ammalato è come trasmutato in una statua. L'istinto della conservazione è anch'esso indebolito al punto, che l'ammalato non avrebbe l'impulso sufficiente per andare a cercare gli alimenti o per domandarli, se non gli fossero offerti ed anche con insistenza. Il corso delle idee è molto rallentato; è raro tuttavia che questo stato arrivi fino alla sospensione completa dell'intelligenza, fino all'idiotismo accidentale. I sentimenti sono molto indeboliti: il malato non manifesta simpatia nè antipatia; egli si lascia andare, senza reazione, all'impulso che gli si dà. Egli ha perduto ogni spontaneità d'azione. I movimenti sono nulli o quasi nulli. Spesso si è obbligati di trascinare gli ammalati là dove si vuol condurli, di vestirli e spogliarli, o almeno di dar loro l'impulso perchè compiano certi atti. I sintomi fisici sono i seguenti: la faccia è pallida; i tratti, tirati in basso, esprimono l'indebolimento piuttosto che l'ansietà. Il mala-

---

1) Schmidt's *Jahrbücher* Bd. 266, 1900 pag. 27.

2) I. P. Falret *Des maladies mentales* ecc. Paris, 1864.

3) Schmidt's *Jahrbücher* Bd. 160, 1881 pag. 193.

to sembra provare un sentimento di malessere generale, e tutti gli organi della locomozione sono in uno stato di torpore. L'appetito è molto diminuito; il malato mangia lentamente; la digestione è egualmente lenta e la defecazione stentata,..... Tali sono i fenomeni più costanti nello stato di depressione: ciò che ci ha fatto dire che era il fondo dello stato melancolico senza il suo rilievo, cioè a dire senza idee deliranti bene determinate. Tuttavia ci sono alcuni ammalati che presentano idee predominanti; e, fra queste idee, faremo notare quelle d'umiltà di rovina d'avvelenamento e di colpeabilità ».

E di Falret sono queste auree considerazioni: « la follia circolare è una forma di malattia mentale frequente? A giudicare dalla poca attenzione concessa fin qui ai fatti di questo genere, e dal numero dei ricoverati nei quali la si diagnostica, non sarebbe frequente; ma ci sono molteplici cause d'errore, che impediscono di apprezzare esattamente il suo grado di frequenza. In fatti, *in generale, non si segue con basievole accuratezza il decorso delle malattie mentali. Il più spesso si sta contenti all'osservazione del malato in un dato momento, e non in tutto il decorso della sua affezione. Ne risulta che, data questa direzione dell'osservazione, si fa figurare questi ammalati ora tra i maniaci, ora tra i melanconici, secondo il momento nel quale si osservano.* D'altra parte è raro che il medico si trovi in condizioni abbastanza favorevoli, per poter seguire lo stesso malato per molti anni. Di più siccome questa forma di malattia mentale, nei due periodi che la costituiscono, non presenta ordinariamente il grado d'intensità della mania e dell'alienazione parziale propriamente detta, ne segue naturalmente che i malati di questo genere rimangono in società ».

Si argomenta da alcune di queste sapienti considerazioni del medico della Salpêtrière che egli, nel tempo stesso che usciva in Germania il « *Gruppierung der psychischen Krankheiten* », seguiva un indirizzo nel quale fu grave danno all'avanzamento della psichiatria non perseverare. Se così non fosse stato, noi non saremmo ancora qui a cercare d'intenderci sull'importanza clinica di uno dei fenomeni più comuni e salienti della psichiatria, noi non leggeremmo come in qualche lavoro recente la formola diagnostica « *melancholie* con stupore (*Katatonie*) »: melancolia

con stupore fatto sinonimo di Catatonìa. Che in quest'errore incorressero qualche volta i primi che hanno data opera allo studio della Catatonìa, si capisce e si scusa: in nessun modo si può capire o scusare ai nostri giorni.

Noi riserviamo dunque il nome di rallentamento ed arresto psicomotorio all'acinesì che costituisce uno dei sintomi cardinali della fase depressiva dei circolari: diciamo rallentamento od arresto, perchè nessuna di queste due parole vale a designare tutti i gradi e i passaggi del fenomeno: aggiungo fin d'ora che la parola *arresto* ha qui un contenuto descrittivo non interpretativo; contempla il fatto nelle sue apparenze, non nel suo meccanismo d'origine. Si usa infatti in psicologia la parola *arresto* (*Hemmung*) a designare una perdita di intensità che un fenomeno di coscienza subisce per opera di un altro fatto cosciente simultaneo (1). Ma noi ci restringiamo a constatare che quella che Herbert Spencer chiama « la trasformazione del cambiamento psichico nascente, che costituisce al tempo stesso la tendenza all'atto e l'idea dell'atto, nel cambiamento psichico positivo che costituisce il compimento dell'atto », tutto, insomma, lo svolgimento dell'azione volontaria è qui inceppato e difficoltà. Da quali resistenze non sappiamo: noi sappiamo solo che il paziente in generale le avverte; che, incitato, si prova a vincerle; che possono cessare a un tratto specialmente per effetto di emozioni (in una mia inferma l'arresto caratteristico cessò a un tratto per la paura d'un topo, e diede luogo a un eccitamento presto seguito da guarigione); che un' agente come l'atropina può determinare, come ha dimostrato in un caso Belmondo, una transitoria sospensione di queste oscure azioni inibitrici. In una donna che presentava arresto psicomotorio, stabilitosi dopo uno stato di sovreccitazione, la iniezione di un milligrammo d'atropina non solo elevò il numero delle pulsazioni da 42 a 60, ma produsse un momentaneo risveglio dell'attività associativa e psicomotoria (2).

---

1) Heymans in *Zeitschr. f. Psych. und Physiol. der Sinnesorgane* Bd. XXI H. 5. 1899.

2) Belmondo. Polso raro in un'alienata dimostrato come un fenomeno di natura inibitoria. (*Rivista di patologia nervosa e mentale* Anno I fasc. 9). È noto che Hitzig ha proposto l'atropina per troncare l'accesso dei circolari.

Certo che, contrariamente a quanto suggerisce l'analogia degli influssi d'arresto che certi stati affettivi esercitano sulla psicomotilità, non si può ritenere questo fenomeno necessariamente collegato allo stato del sentimento; non fosse altro per questo che, come alcuni dei casi seguenti dimostrano, molte volte durante e ancor più nell'acme del rallentamento psicomotorio non è riconoscibile, e, per attestazione dei malati, *non esiste un affetto qualsiasi*. « Col mancare completo dell'attività associativa, scrive Wernicke di questi malati (Grundriss, III p. 443), manca altresì l'affetto che si collega col senso della insufficienza subiettiva..... È però presumibile un sentimento d'ansia solo che noi ricordiamo che anche il tacere dell'attività associativa rappresenta, in certo senso, una minaccia per l'organismo ». Se affetto c'è, sarebbe dunque, secondo Wernicke, secondario. Del resto, secondo Weygandt « non si può per ora dire precisamente che rapporti corran tra questi tre ordini di sintomi della sfera psichica, gli affettivi, i psicomotori e gli associativi. È sicuro che la subordinazione, più volte asserita, dei processi associativi ai psicomotori aspetta ancora di essere dimostrata, e non è sufficiente la dottrina di un semplice acceleramento del corso delle associazioni nella mania e di un rallentamento nella depressione; alterazioni qualitative hanno senza dubbio una parte importantissima nell'ideorrea e nel rallentamento del pensiero. Tanto meno resiste alle contraddizioni e alle obiezioni l'idea, che ha lungamente dominato, dell'affezione primitiva del sentimento e della precedenza del disturbo affettivo. Non si ha nessun diritto di subordinare l'attività psicomotoria a quella affettiva: io potrei addurre, a questo proposito, il fatto, sicuramente stabilito sperimentalmente, che appunto mediante un eccitamento psicomotorio, come già mediante una passeggiata di alcune ore, si può provocare il buon umore con accenni di ideorrea e, specialmente, associazioni per assonanza. Sono note anche le osservazioni di Lessing sulla provocazione degli affetti per via dell'eccitamento psicomotorio, onde egli nella Dramaturgia raccomanda agli attori, inesperti nella rappresentazione degli affetti, di riprodurre dapprima fedelmente i gesti, i movimenti espressivi che corrispondono a un determinato affetto, per così suscitare in sé l'affetto stesso (1) ».

1) *Mischzustände* p. 3.

Rientrando nel mio proposito, io vorrei dimostrare che « esiste nel fenomeno tanta peculiarità d'attributi che basta a rivelare un'esistenza distinta del processo che gli dà origine, onde dove troviamo questi attributi, ivi concludiamo che esiste il processo ».

M. Rossi di anni 19, nubile, lavoratrice di campagna: (Non pare che nella sua famiglia ci siano precedenti di neurosi o psicosi. Si hanno di questa giovane le notizie seguenti: era mestruta da due anni: aveva costituzione fisica robusta, colorito roseo, sguardo, parola, andatura normale; carattere mite, intelligenza mediocre. Il medico curante, inviandola al manicomio il 10 Settembre 1899, aggiunge che l'ebbe a curare altre due volte a casa, degli stessi disturbi psichici che ora presenta, sebbene più leggeri, sempre con esito soddisfacente. Una mattina, venti giorni prima che fosse condotta qui, la madre s'accorse che questa giovane non era più in condizioni normali: stava silenziosa, immobile collo sguardo fisso. Persistendo queste condizioni, si decise di ricoverarla nel manicomio).

Si presenta stuporosa, immobile, come irrigidita. Mantiene indefinitamente la posizione seduta od eretta nella quale è lasciata. La faccia non esprime nessun affetto. Gli occhi sono quasi immoti, per lo più piegati a terra o diretti nel vuoto: il battito delle palpebre raro. Invitando ripetutamente l'ammalata a manifestazioni attive di movimento (alzare il braccio, estendere la gamba, metter fuori la lingua, alzarsi in piedi), si nota qualche cenno di movimento della parte: il movimento richiesto è appena iniziato, ma si vede che non riesce a compierlo e l'ammalata rientra nella sua inerzia.

Negli arti superiori e inferiori si possono compiere, senza trovare opposizione, tutti i movimenti passivi di estensione, flessione, abduzione, adduzione: levando il braccio, questo non ritiene la posizione e ricade tosto nel grembo. Anche la testa è mobile in tutti i sensi. Durante tutte queste manovre l'ammalata leva qualche volta, fuggevolmente, l'occhio verso l'osservatore. Pungendo fortemente la regione dorsale d'una mano con la punta dello spillo, la mano è dapprima semplicemente rivolta; poi insistendo l'osservatore a pungere, ritratta con movimento lento: l'ammalata guarda l'osservatore e accenna a voler parlare; ma la parola non è formata e la donna rimane silenziosa e inerte. Nell'interrogatorio si ottengono solo le seguenti risposte bisbigliate e tarde, dopo aver ripetute molte volte le domande ad alta voce.

D. Come ti chiami? — R. *Maria R....*

D. Che mestiere fai? — R. *Che mestiere? Lavori di campagna.*

D. In che paese sei nata? — R. *In che paese?... in che paese?... a Torre.*

D. In che città sei adesso? — R. *In che città?... qui son venuta... perchè....*

D. Perchè ti hanno condotta qui? — R. (dopo 15 secondi) *per guarire.*

D. Sei ammalata? — R. *Sissignore.*

D. Sei matta? — R. *Matta?....*

D. Che malattia è la tua? — R. *Sarà la febbre.*

D. Quanti giorni sono che sei qui? — R. *Quanti giorni?..... saranno quindici giorni* (sono sette).

21 Ottobre. Ancora lo stato di stupore:

— Quanto tempo è che sei qui?

— (a voce afona).... *sarà..... sarà..... è un bel tocco che sono qui..... io vorrei andare a casa.*

16 Novembre. Da alcuni giorni l'inferma è più sciolta: ora lavora di calze, sebbene con sorprendente lentezza, senza vivacità; risponde a tutte le domande: dice che provava sempre un gran male di capo. Ha fissato pochi ricordi del tempo della malattia: domandata cosa pensava, risponde che non pensava nulla: richiesta quale fosse il suo sentimento, non ricorda di averne avuto nessuno.

Dopo poche settimane è dimessa completamente guarita.

Generosa Borg.... ora ha 32 anni. È contadina: non ha nulla di rilevante dal lato ereditario. Costituzione fisica robusta, intelligenza mediocre, la sua vita non ebbe nulla di notevole fino a 23 anni, quando (nell'Aprile 91) ammalò di angina d'itterica che perdurò quindici giorni: il medico scrive che la febbre alta continuata e l'insonnia, mentre durò l'acutezza del male, indussero nella donna un'estrema prostrazione di forze. «Dopo 3 o 4 giorni dacchè fu alzata (secondo che scrisse allora il medico), cominciò a divagare con discorsi vari e strambi, agitandosi colle varie parti del corpo, cantando o ridendo senza mai inveire contro sè od altri, anzi sempre era gaia: avvertiva le orine e le feci, riposava ad intervalli irregolari ed allo stesso modo si cibava. Questo stato perdurò per circa una settimana, nel qual tempo fu trattata con bagni e bromuro: poi lentamente si attenuò e la donna aveva anche cominciato ad attendere a qualche piccolo lavoro di casa quando ai primi di giugno, dopo una notte insonne, ricominciarono smanie più forti delle antecedenti, perchè questa volta mostrava davvero tendenza a distruggere (si assise sopra una tacchina, che covava, staccandole il collo). Braccia e gambe erano in movimento perpetuo; lasciava andare urine e feci, mangiava a sbalzi, non dormiva ».

Fu ammessa nel manicomio il 9 Giugno 1891 (agitata e clamorosa, è scritto nel diario, non parla, emette solo grida come fosse spaventata) e ne uscì guarita il 25 Settembre.

Dopo 8 anni è ricondotta al manicomio nel Gennaio 1900. Un mese prima aveva preso marito. Anche questa volta presentò il quadro di una mania classica. La durata fu breve e il 21 Marzo fu dimessa.



Ma il 9 Maggio dello stesso anno è ricondotta nel manicomio. Scrive il medico che l'invasione questa volta è stata lenta con insonnia, debolezza generale e agitazione: di notte si alzava ed errava in camicia.

9 Maggio. Sta seduta cogli occhi bassi, spontaneamente non parla e non si muove. Sembra tenuta da una leggera tensione angosciata. L'unta in un avambraccio, lo ritira lentamente. Invitata a compiere movimenti, accenna ad ubbidire, ma i movimenti richiesti sono appena iniziati. Interrogata del suo nome, si vede che prima fa movimenti colle labbra, poi riesce a dirlo a voce afona. Aggiunge anche sempre a voce afona: « *mi lasci andare di là* » e, vedendomi scrivere, « *non scrivere* ».

Queste condizioni, a volte più a volte meno intense, si mantengono tuttora. Riproduco alcuni brani di conversazione che possono dare qualche luce sullo stato di coscienza dell'inferma.

16 Maggio. Interrogata, risponde colla solita lentezza e col solito ritardo il suo nome e quello del mese, ma non sa dire il giorno. Vedendomi scrivere, ripete parecchie volte spontaneamente: *non voglio che scriva, fa male a scrivere... che si sconsigliasse tutto.*

— Fai fatica a parlare?

— *Faccio fatica io: è come avessi perduta la voce... pare, mettiamo, che non sappia che cosa ho da dire.... almeno avessi salvato i miei.*

— Sei allegra?

— *Come vuole che sia allegra essere tornata qui... non scrivere perchè... perchè.....*

In principio d'Agosto c'è stato un breve periodo in cui l'inferma era più sciolta e pareva avviata a guarire. Ecco infatti l'interrogatorio del 2 Agosto.

— Che cosa avevi l'altro giorno che non parlavi?

— *Che cosa vuol che dica: non so neppur io.*

— Ma che cosa provavi?

— *Mal di testa... adesso sto meglio.*

— Che cosa pensavi tutto il giorno?

— *Niente... non pensavo niente sentivo che non stavo bene e non sapevo che fosse.*

— Perchè dicevi: non scrivere?

— *Non so mi pareva che lei non facesse bene a scrivere.*

Una notte d'Agosto entra in uno stato di agitazione, con logorrea e canti, dal quale subito fece passaggio, un'altra volta, allo stato sopra descritto di arresto psicomotorio.

Maria Far. di 53 anni (è il caso dell'osservazione V dell'articolo antecedente. E venuta al manicomio a 30 anni per un primo accesso di agitazione maniaca, seguita da depressione, durato undici mesi; a 48 anni per un

secondo accesso di mania seguito pure da depressione, e una terza volta sulla fine dell'anno passato nelle condizioni seguenti):

La faccia esprime stupefazione e dolore. Non ha nessuna tendenza a variare la posizione, seduta od eretta, nella quale è lasciata. Qualche rara volta si alza in piedi spontaneamente e ci si mantiene a lungo, o muove lentissimamente qualche passo e subito si arresta. Ciò che colpisce alla prima vista in questa donna è una continua distraibilità, per cui gira lentamente il capo verso tutti gli stimoli uditivi e visivi senza fissarsi mai: tende l'orecchio a un rumore del corridoio, volta la testa verso una persona che passa, poi si guarda il grembiule; anche le mani sono tenute dalla stessa inquietudine e dalla stessa distraibilità, onde sono portate alla testa per acconciare i capelli, poi sono soffregate l'una contro l'altra, poi passano ad aggiustare una piega del vestito ecc.

Non rivolge mai la parola a nessuno: qualche rara volta mormora fra sè qualche parola come: *voglio andare a casa non voglio saper nulla di storie questi non sono i miei panni* (queste frasi sono pronunciate tutte di seguito).

Pungendole collo spillo una mano, reagisce abbastanza prontamente ritraendola. Invitandola a compiere movimenti attivi (alzare il braccio, metter fuori la lingua e simili) bisogna sempre ripetere molte volte l'invito per ottenere qualche volta che eseguisca l'ordine: il più spesso il movimento richiesto è solo iniziato. Anche negli interrogatori si ottengono, solo qualche volta, risposte tarde, stentate, susurrate, alle domande più insistenti.

31 Gennaio. Come ti chiami?

— R. *Maria Far...*

— D. Quanti anni hai?

— R. *Non so... non so più non so dove sia, non ho memoria... voglio andar fuori di qui.*

— D. È vero che sei stata qui altre volte?

— R. *Sì* (mentre fa attendere queste risposte, l'ammalata colla solita distraibilità si guarda attorno, si guarda la persona, si torce il grembiule: improvvisamente mormora: *ho paura di star qui... mi legano mi caccian giù, e piange*).

— D. Perchè piangi?

— R. *Perchè non vedo più i miei.*

— D. Sei malata?

— R. *Sì che sono malata... se potessi andar a vedere i miei bambini.*

— E. Quante volte sei stata qui?

— R. *Due volte.*

— D. Perchè?

— R. *Perchè ero matta.*

2 Febbraio. Condizioni solite - distraibilità evidentissima.

— D. Come si chiama questo sito?

— (mormora) *in chiesa* (intanto si volta da una parte, poi si guarda il grembiule e se lo aggiusta, poi tende l'orecchio a un rumore del corridoio).

— D. Stammi attenta!

— R. *Non sono buona di stare attenta ho paura che mi leghino..... ho perdute le chiavi del comò... Maria pregate per noi* — (Perchè?) *perchè voglio andare a casa.*

Maria Mazz... di anni 40. È il caso dell'osservazione VII dell'articolo antecedente. Fu ammalata una prima volta nel 1880 (mania con furore seguita da arresto; guarigione dopo alcuni mesi); una seconda volta dopo 15 anni, con mania grave durata 8 mesi; è stata bene poi 14 mesi, poi è caduta nello stato di stupore che dura tuttora.

Ha la faccia triste: spontaneamente non si muove mai, se non per andare a tavola e portare il cibo alla bocca. Non si sente mai la sua voce; interrogata risponde solo, sottovoce: *non c'è male*. Invitata a compiere movimenti, non obbedisce; insistendo o afferrandole un braccio, peggio poi se le si mostra la punta d'uno spillo, fa la faccia piangente, entra in uno stato d'angoscia manifesta, si tira indietro e si schermisce.

Abbiamo visto che, in questi casi, manca in generale la tendenza spontanea a muoversi e ad agire; e che, incitato da stimoli venienti dall'esterno, l'infermo per lo più si sforza di eseguire l'azione volontaria che gli si domanda: ma questa o appena avviata muore, o non è condotta a termine, e, nel suo svilupparsi, è difficoltà e inceppata da ignoti ostacoli intrapsichici. Wernicke descrive appunto, da par suo, come acinesi intrapsichica questo fenomeno, e ne rileva così i caratteri essenziali (1): « I movimenti iniziativi si mostrano, in generale, più fortemente colpiti dei movimenti reattivi. Ciò vale specialmente anche per il parlare, che, senza stimoli dall'esterno, può del tutto mancare: mutacismo iniziativo; mentre domande semplici ottengono ancora risposte se anche qualche volta solamente molto tenui, o del tutto afone e date con moti labbiali molto lievi, ritardate qualche volta fino all'ultimo momento. Per ciò che riguarda i movimenti espressivi essi sono certamente più scarsi, ma non del tutto assenti; e dove c'è un affetto, come il malessere ipocondriaco, esso viene in vista mediante movimenti espressivi (p. 447) ». « I malati perdono la facoltà di parlare ed agire per impulso proprio, essi mostrano così il

---

(1) Grundriss der Psychiatrie, p. 443, 447, Theil III 1900.

sintoma del mutacismo iniziativo e dell'acinesi iniziativa. Anche i movimenti reattivi sono presi ma relativamente meglio conservati (p. 443) ».

Questo abbiamo notato nelle nostre inferme. La loro faccia è atteggiata di stupefazione, semplice o mista di un'espressione di malessere o di angoscia contenuta, o di paura e smarrimento. Movimenti reattivi di difesa più o meno vivaci si provocano sempre colla puntura dello spillo: qualche volta l'infermo entra per ciò in uno stato di visibile ansia, che va fino alle lagrime e diventa in certuni (per esempio nel nostro caso IV) una opposizione angosciata (che bisogna distinguere dal negativismo). Che cosa coesista, con questo stato della psicomotilità, nel campo affettivo e in quello associativo, non è sempre facile dire. « Tutti gli stati di immobilità generale, scrive Wernicke (1), sono cagione che noi non possiamo saper nulla dei processi interni, dello stato del sentimento e dell'attività intellettuale dell'ammalato. Anche l'espressione del viso ci lascia sospesi, perchè l'acinesi si estende spesso anche su questa parte dei movimenti espressivi, cosicchè una fisionomia addirittura stupida può significare niente altro che mancanza d'espressione ». Ma se, oltre all'ebetudine della faccia, si dà valore alla testimonianza attuale o postuma che certi malati (come il primo specialmente dei miei casi) danno del proprio stato interno, si può con bastevole sicurezza asserire che in certi casi e in certi stadi, contemporaneamente all'arresto psicomotorio, esiste mancanza d'ogni affetto. In altri casi e in altri stadi invece il malessere e l'angoscia trapelano da tutto l'atteggiamento del malato.

Noi siamo condotti per le stesse ragioni ad ammettere un arresto nel campo dell'attività associativa (*non pensavo nulla*, asserisce la prima delle mie malate); arresto del pensiero che Kraepelin vuole tener distinto da ciò che è paralisi del pensiero per questo: « che sotto certe condizioni questo grave disturbo può proprio improvvisamente sparire. Oltre a ciò dal malato stesso è sentito l'ostacolo contro cui ha da combattere ». Ma come logorrea non vuol dire semplicemente accelerazione del processo formativo del pensiero, così questo arresto o rallentamento non deve

---

(1) loc. cit. Vierunddreissigste Vorlesung. p. 408.

intendersi semplicemente nel senso di una tabula rasa o d'una povertà ideativa; non è solo un disordine quantitativo, ma probabilmente anche qualitativo. Abbiamo raccolto infatti, nel caso III, queste parole mormorate dall'inferma, che ripetono un esempio di associazione logorroica « *Non sono buona di stare attenta.... ho paura che mi leghino.... ho perduto le chiavi del comò, .. Maria pregate per noi voglio andare a casa* ». È in questo stesso caso che noi abbiamo anche trovata una spiccata distraibilità. « Anche negli stati depressivi (della frenosi maniaco depressiva), scrive Kraepelin, non di rado c'è elevata distraibilità, cosicchè gli ammalati si voltano a ogni nuovo stimolo (1) ». Questo appunto era il caso: altra prova dell'*intima parentela*, asserita da Wernicke, tra la depressione e la mania.

Se l'arresto psicomotorio può a volta stabilirsi in modo quasi apoplettiforme (il primo dei miei casi n'è un esempio), in molti casi ci si perviene attraverso successive gradazioni di rallentata psicomotilità; onde una serie di stati morbosi che è sorgente di dubbî e di perplessità diagnostiche. « I più leggeri gradi del disordine, scrive Kraepelin, si rivelano nella incapacità a decidersi degli infermi. Gli stimoli non hanno più la forza di superare le resistenze contrastanti; non ostante la chiara conoscenza della necessità, l'ammalato non può più decidersi alle azioni più semplici. Anche l'attività che si ottiene da lui, dopo molte esortazioni, s'interrompe ogni momento, perchè gli manca la forza per energiche risoluzioni. Tutti i movimenti volontari sono più o meno rallentati e succedono senza forza » (2).

Il seguente è uno dei pochi casi nei quali ho potuto seguire lo stabilirsi per gradi dell'arresto psicomotorio.

Maria Rosa Carl... di anni 40 contadina. Non si sa nulla d'interessante dal lato ereditario, genitori e fratelli vivono sani. La donna è descritta di indole facilmente eccitabile, permalosa e diffidente.

Maritata a 17 anni, ha avuto otto gravidanze tutte portate a termine: solo cinque volte ha allattato i nati, le altre tre volte è stata presa, dopo il parto, da malattia analoga (dicono i parenti) alla presente.

---

(1) Psychiatrie Bd II p. 362.

(2) V. anche Wernicke loc. cit. p. 443.

Il 12 Luglio 1900 ha partorito: dopo il parto in 9<sup>a</sup> giornata (scrive il medico) ebbe un disturbo gastro-intestinale con vomito e diarrea: nei giorni seguenti cominciò a sentire mal di testa (peso alla testa, diceva l'inferma), non si moveva dal letto senza grave dolore, ebbe per 4 o 5 giorni febbre non mai sopra 38. 5, parlava poco, mostrava molto avvilito, malcontento dell'assistenza del medico e della famiglia. Dimostrava una generale debolezza, ripugnanza al cibo e a tutti i movimenti attivi. Si è alzata dopo 15 giorni dal parto: stava alzata poche ore, diceva sempre di star male di non potersi muovere, molto preoccupata del suo stato e di quello del bambino. Spesso piangeva: aveva l'aspetto di persona presa da paura. Due volte tentò il suicidio. Solo il 10 Ottobre fu condotta al manicomio. Aveva la faccia atteggiata di dolore: si guardava attorno in atto di sospetto e di paura: appariva ansiosa. Invitata a compiere qualche movimento attivo, ubbidisce senza rallentamento apprezzabile, risponde anche a qualche domanda relativa all'orientamento; ma poi si mette a piangere, pregando che sia mandata fuori e non al taglio della testa. Lasciata a sè, rimaneva inerte e taciturna.

Tale si è mantenuta nelle prime settimane, ma poi, a poco a poco, è passata a uno stato di stupore con tutti i caratteri sopradescritti dello stupore circolare.

Non si sente mai la sua voce: facendole domande semplici, si vede che l'inferma fa qualche tenue movimento labbiale: pungendola forte, ritira la mano; e se s'insiste entra in uno stato d'angoscia visibile e finalmente mormora: *perchè fa così?* Stimolata, inizia con lentezza e con ritardo alcuni movimenti attivi (alzare il braccio, metter fuori la lingua).

L'aver avuto altra volta occasione di descrivere casi di Catatonìa mi distoglie dal portarne qui esempi, a dimostrare come lo stupore dei catatonici differisca dal fin qui descritto stupore dei circolari per caratteristiche essenziali. Alla prima vista può essere che non si riesca a distinguere un malato con arresto psicomotorio da un catatonico. Ma perchè questo succeda bisogna che nella faccia del circolare non ci sia neppur l'ombra d'una espressione affettiva, e questo non è il caso più frequente, o che il catatonico attraversi uno di quei periodi nei quali non assume le note pose coatte. L'opposizione affannosa del circolare depresso è del tutto diversa dal negativismo muto del catatonico stuporoso. Il quale presenta più spesso assenza di reazione, alcune volte passività ai comandi, o reazioni rapide e anche violente; « il catatonico stuporoso si muove poco, specialmente alle esortazioni; quando si muove lo fa senza rallentamento riconoscibile,

spesso con straordinaria rapidità, mentre nel rallentamento psicomotorio tutti i moti sono lenti e stentati. Anche qui mancano molti dei movimenti che si domandano, causa l'angoscia e l'arresto interno: si vedono gl'inizi dell'azione comandata (moti delle dita, bisbigli) se l'arresto è interrotto da forti esortazioni » (Kraepelin). Dal confronto tra quei casi di catatonìa che descrissi e quelli di frenosi maniaco-depressiva che ho descritto qui, risultano perfettamente vere queste distinzioni, sulle quali non è soverchio l'insistere, perchè dalla maggioranza degli alienisti non si vogliono ancora riconoscere e rappresentano invece uno dei più saldi e capitali avanzamenti della psichiatria clinica.

∴

Invece lo stato di stupore, di cui faccio seguire la relazione è di quelli nei quali (e solamente in essi!) si verifica l'aforisma di Baillarger: « lo stato degli alienati *stupidi* è soprattutto caratterizzato da un turbamento delle sensazioni, e da numerose illusioni che li gettano in un mondo fantastico. Lo stato degli alienati stupidi all'ultimo grado, offre molta analogia collo stato dei sogni ». Non si trova nessuna traccia di rallentamento psicomotorio in questo stato di stupore che appartiene, come vedremo, a un caso classico di *Amenza*.

Cesira Mant.... Sta seduta o giace supina: la faccia è, senza espressione, ebete; gli occhi socchiusi e fissi. Le braccia sono abbandonate lungo il tronco; se si dà loro un atteggiamento, è ritenuto per parecchi minuti. Non si incontra resistenza facendo compiere movimenti passivi agli arti. Pungendola fino a sangue, per tutto il corpo, resta immobile, non dà segno di reazione o di dolore. Qualche momento dopo, interrogata, risponde (senza rallentamento) « *Mi fora* ». Così anche risponde il suo nome. Comandandole de' movimenti, non ubbidisce, ma essendole portato il cibo si leva con prestezza spontaneamente e mangia. Si urina addosso.

L'ammalata, dopo la guarigione, ha raccontato che in questo periodo era dominata da illusioni e allucinazioni: le pareva di essere all'inferno, di veder diavoli ecc.

Ecco ora tutta la storia clinica.

Cesira Mantov. M. di 29 anni. Il padre vive sano, la madre, pellagrosa, fu condotta al manicomio, dove morì dopo dieci giorni di degenza.

La Cesira ha avuto tre parti felici in otto anni di matrimonio: durante gli allattamenti deperiva considerevolmente.

Entrò nel manicomio il 17 Giugno 1899. La malattia si era rivelata nel Marzo dello stesso anno. Quando la malattia cominciò *dava il latte da sedici mesi. Nello stesso tempo aveva atteso a lavori faticosi di campagna, la notte il sonno era continuamente interrotto dal pianto del lattante malaticcio. Tutto inverno il suo alimento era stato polenta. Tutti questi patimenti l'avevano condotta allo sfinimento.* Cominciò a soffrire di forti cefalee.

Il 18 Marzo verso mezzogiorno si è sentita invasa da un'agitazione non mai provata. Le pareva di non potere star ferma, onde s'è messa a correre per casa e per la strada dicendo: oh Dio non posso star ferma. Ha mangiato del grasso, dicendo che voleva far del sangue; poi si è strappati dei capelli e si è svestita.

Secondo il racconto che la donna ha fatto dopo la guarigione, in quei momenti si è sentita calore nella vita, irrigidimento del collo, poi le pareva di cadere in avanti, di sentire uno schianto in una mascella: poi una voce ignota le diceva dentro: forza! coraggio! Portata a letto, a occhi chiusi le pareva che le colasse la carne; si vedeva dentro dei catarri bianchi e neri, le pareva che gli occhi le girassero per il corpo, che il cervello le schizzasse nel soffitto; poi le pareva di avere un gran testone, s'è vista portar via dentro una bara da una processione di gente vestita di rosso.

Benchè questi fenomeni si ripetessero spesso, costretta dal bisogno, dovette tornare ai lavori di campagna in Aprile e in Maggio. Sempre provava dentro di sè una grande inquietudine. Spesso si sentiva il sangue venir su per la schiena. Spesso anche sentiva la voce di un prete, un certo Don Abele, che le diceva: sei dannata; e mentre mangiava: mangia, tu ti mangerai la memoria. Un giorno di Giugno il medico venne a visitarla: e a lei parve d'averlo al capezzale due dottori vestiti di rosso. Un giorno prese un falcetto coll'idea di tagliarsi un braccio.

Nel viaggio per venire al manicomio non capiva dove andava: sentendo ondeggiare la biroccia credeva di essere in un sito ora in un'altro: a certi momenti le pareva che tutti qui fossero diavoli, o che fossero tutti figli suoi e ch'essa fosse Eva.

Ha passati i primi mesi di degenza, nello stato di stupore sopra descritto: tutt'al più, interrogata, rispondeva alcune delle sue generalità: il nome, l'età. In Settembre ha cominciato a lavorare di calza e le espressioni verbali si sono fatte meno scarse. Dice di essere *perduta colla testa*, non sa dove sia, scambia le persone. Il medico è un certo signor Giuseppe, il Direttore è il dott. di Formignana, un altro medico è il maniscalco del Finale, l'ispettrice è la moglie di un certo Bignozzi. (Questi scambi e queste designazioni sono state ripetute per tutto il tempo della malattia). Invece molte altre persone sono chiamate per il proprio nome. La faccia è sempre stupidita e senza espressione. Aspetta che i diavoli la vengano a prendere per condurla all'inferno.



18 Ottobre. Bestemmia atrocemente. *Non sono degna di stare tra i cristiani; mi chiamano tutti Mant..., ma io capisco che mi chiamo Schiavina* (è il cognome di un suo parente) *e perciò sono una schiava sono una turca, non vede che sono turchina qui?* (indica le vene dell'avambraccio) *sono una Schiavina perchè sono figlia del vecchio Schiavina e per questo sono una schiava e gli schiavi non hanno che fare coi cristiani non è la Ciccotti sono io che vado al taglio della testa.* Tutto ciò è detto senza ch'essa manifesti uno stato affettivo deciso: a un tratto si mette a singhiozzare e poi subito a ridere. Però il suo potere d'attenzione è vivace: nel momento che fissa l'attenzione coglie la verità delle cose: p. e. si volta verso una depressa che le sta vicino e le chiede: Lisa, perchè siete così appassionata? Subito dopo, sentendo cantare una donna agitata, dice che è Attilio (suo marito) che canta: anzi l'ha sentito cantare ieri sera. Asserisce che Attilio non è marito suo, ma fratello.

20 Novembre. Ripete le solite idee deliranti con tentativi di spiegazione a base di associazioni per assonanza. Invitata a fare dei calcoli di somma e sottrazione, riesce con prontezza e con esattezza. Subito si volta verso un' inferma, e dice che quella è sua madre alla quale hanno cambiato nome.

10 Dicembre. Dice che non vedrà più i suoi che la sua casa è profondata, che quando è venuta via dicevano che finiva il mondo. Sente cantare continuamente una canzone che dice: *povera anima mia non avrai mai pace.* Dicendo ciò, fa la voce piagnucolosa ma, subito si rasserenava. Dice che il diavolo le taglierà la testa, ma subito dopo scoppia a ridere, (perchè ridi?) perchè Attilio non sapeva fare il segno della croce.

28 Dicembre. La donna da alcuni giorni asserisce insistentemente di essere guarita. Giudica tutte le idee di prima come *una grande fantasia che aveva nella testa, sangue andato alla testa.* Ha felicissima la memoria di tutto il tempo della malattia. Giustifica gli scambi di persone, dicendo che così le pareva che fosse. Racconta che siccome le pareva di veder il diavolo, pensava: se sono indiavolata vuol dire che ho servito il diavolo, e quindi non sono cristiana, sono una turca, sono una schiava perchè dicono che gli schiavi non sono cristiani. E perchè sarò schiava? perchè sarò figlia di Schiavina. Dell'ambiente non capiva nulla; la Leoni (un'ammalata), io pensavo, pare una donna ma sarà un leone.

L' 11 Gennaio 1900 è dimessa guarita.

La speciale forma clinica, seguita a così manifeste cause esaurienti, non lascia nessun dubbio sulla diagnosi di Amenza.

Ancora due casi, ed ho finito, nei quali il rallentamento psicomotorio si complica con elevazione termica: nel secondo poi segue immediatamente all'accesso maniaco complicato anch'esso

da febbre. Sono stati di frenosi maniaco-depressiva diagnosticati spesso come *demenza acuta*, o interpretati come psicosi infettive o da esaurimento.

C. Zerbini senza precedenti ereditari degni di nota, stato sempre sano, per la prima volta, a 18 anni, nel luglio 1893, ammalò, scrive il medico: prima con un lungo periodo di *adinamia con sopore ed inerzia*, poi fece passaggio alla sovreccitazione per cui fu condotto al manicomio il 27 Dicembre. Presentò una mania tipica (agitazione, logorrea canti e grida) che passò presto: onde nel Febbraio fu dimesso completamente guarito.

Dopo 4 anni ricade malato ed è subito condotto al manicomio. Presenta una visibile tensione angosciata e rallentamento psicomotorio tipico e *temperatura* fra 32. 5 e 38. 2. La temperatura febbrile durò solo due settimane. Quando i parenti lo rivollero a casa dopo 2 mesi era migliorato ma presentava ancora manifesto rallentamento psicomotorio.

Ma dopo 3 mesi lo hanno ricondotto con grave eccitazione: logorrea, allegria sfrenata, agitazione motoria intensa. Si constata subito temperatura febbrile, lingua impaniata, alito fetido, stipsi con sitofobia. Nei giorni seguenti le condizioni si aggravano: temperatura 39. 7 - 40. 8: coma e morte in capo a 7 giorni.

Enrico Guer.... di anni 35 negoziante. Raccontano i suoi di casa che 2 anni fa ebbe un forte eccitamento nervoso (?) Il 6 Maggio 1900 è condotto al manicomio. Da tre settimane mostrava grande irrequietudine minacciando e percotendo tutti. Si constata subito una mania genuina (logorrea, agitazione motoria, allegria sfrenata). Si rileva anche una leggera elevazione termica.

Il 16 Maggio la temperatura oscilla fra 38. 3 (alla sera) e 37. 8 di mattina: ma l'infermo è passato nella notte dallo stato maniaco a uno stato di mutacismo e di immobilità. Il 19 Maggio la temperatura oscilla fra 38. 1 - 38. 5. Nei giorni seguenti lentamente discende: seguita il mutacismo e l'acinesia. Solo nella notte del 28 passa alcune ore in eccitamento, poi fa ritorno allo stato attonito che dura ancora al presente (dicembre) ed è un genuino arresto psicomotorio. Contegno del malato lasciato a sè. Gli occhi sono mobili: per lo più guardano nel vuoto; guardano solo fuggevolmente l'osservatore. I tratti del viso sono senza espressione. Sta perfettamente immobile nello stesso atteggiamento tutto il giorno. Solo le dita della mano compiono dei leggeri movimenti di flessione e di estensione: tutt' al più sono levate a tormentare il naso.

Contegno di fronte agli stimoli esterni. Chiamato per nome volge gli occhi, fa qualche movimento labbiale o di deglutizione. Entra una persona estranea, ed egli volta fuggevolmente gli occhi verso quella; ma nessuna espressione affettiva viene mai a dipingersi nella sua faccia. *Essendogli mo-*

strato il ritratto dei figli, improvvisamente scoppia in un singhiozzo e per qualche minuto gli scendono lagrime. Punto coll'ago nella mano, leva l'occhio verso l'osservatore, fa qualche movimento di deglutizione, sposta una gamba; insistendo, dopo qualche tempo e qualche prova ritrae un poco la mano.

Gli arti si lasciano liberamente estendere e flettere: il braccio alzato, resta sospeso pochi secondi e poi ricade lentamente.

Contegno dell'infermo incitato a manifestazioni attive di movimento. Invitato ad alzare il braccio, ad alzarsi in piedi, a camminare, con ritardo e con lentezza ubbidisce. Invitato a dire il suo nome si vedono movimenti di deglutizione e tenui moti labbiali: dopo molta attesa, accostando l'orecchio alla bocca, si sente susurrata a voce afona la parola Enrico.

Stati di stupore circolare sono anche diagnosticati come frenosi sensoria; me ne accorgo leggendo un recentissimo scritto del Dott. Galante (1), dove mi pare che l'autore descriva sotto il nome di frenosi sensoria anche casi di arresto psicomotorio; e dico « mi pare » perchè quest'osservatore non sembra compreso della necessità, rilevata da Lugaro (2), che « i reperti anatomo-patologici (e, s'intende, anche le ricerche chimiche sul vivente come quelle di Galante) siano accompagnati dall'esposizione clinica del caso con quell'obiettività minuziosa, che permetta un giudizio indipendente dalle correnti personali o collettive, ma puramente momentanee delle opinioni. » Ecco una delle ragioni per cui da tanto fervore di ricerche, compiute da tecnici valenti, senza tener conto di analogie e distinzioni indicate dall'analisi dei sintomi psichici, si cava così poco costruito, escono così di rado succhi vitali per l'incremento della psichiatria.

Voglio da ultimo osservare che neppure la considerazione di apparenti influssi causali è sufficiente per allontanarci dal concetto dell'unità della frenosi maniaco-depressiva, che ci è così fortemente persuasa della considerazione dell'uniformità dei sintomi. Per esempio, una forte quantità di accessi maniaco-depressivi insorge nell'occasione del puerperio e dell'allattamento, e va sotto il nome di frenosi puerperale, una formola che molti colleghi vogliono mantenere con una insistenza degna di mi-

---

(1) Il chimismo gastrico nella frenosi sensoria ecc. (*Annali di Neurologia*. Anno XVIII. Fasc. VI).

(2) *Rivista di patologia nervosa e mentale* 1899 p. 538.

glier causa. Giuffrida-Ruggeri (1) scriveva non è molto che « Seppilli e Lui avendo trascurato, per considerazioni teoriche, di considerare a parte la frenosi puerperale, si sono privati della possibilità di concludere sui dati statistici in rapporto al sesso ecc. ». A me pare che Giuffrida-Ruggeri abbia trascurato lui di domandarsi se non sia invece dottrinario o peggio, l'ammettere una frenosi puerperale. Se l'avesse fatto si sarebbe subito accorto che una entità clinica dove nulla è determinato, nè causa, nè sintomi, nè decorso od esito (di anatomia patologica non è neppur il caso di parlare) non ha ragione di esistere. Noi vediamo in molti dei casi citati l'accesso manifestarsi alcune volte in coincidenza col puerperio o con cause esaurienti o patematiche: sarà quella l'occasione di una diagnosi differenziale dalle psicosi da esaurimento, ma non mai una ragione per dubitare dell'unità della frenosi maniaco-depressiva; tanto è vero che gli accessi si presentano poi coi sintomi stessi nello stesso malato all'infuori di quelle coincidenze, e molte volte l'individuo subisce quei momenti causali senza ammalare. Ciò significa che questi momenti causali, pure rappresentando nella genesi degli accessi, una parte più reale di quella che non abbiano gl'influssi lunari immaginati da Köster, non hanno altra importanza che di rendere attive quelle oscure potenze endogene, nelle quali sta la causa vera della malattia.

---

## CRONACA

**Cambiamenti nel Personale sanitario.** Nel Settembre u. s. il Dott. Ruggero Lambranzi lasciava il nostro Manicomio per andare medico-aiuto in quello di Brescia. Nel concorso per titoli indetto da quella Amministrazione egli era riuscito primo fra parecchi concorrenti.

---

(1) *Rivista di Freniatria* 1900 pag. 333. Di recente Aschaffenburg, su 118 frenosi puerperali della Clinica di Heidelberg, ha trovato che 25 erano casi di frenosi maniaco-depressive, 46 di demenza precoce, poi 10 casi nei quali durante il puerperio la demenza precoce dallo stato latente si era esacerbata, 7 di paralisi, 1 di epilessia isterica e 5 di psicosi da esaurimento (amenza, delirio da collasso). (*Neurologisches Centralblatt* 1900 n. 12).

Anche il nostro assistente Dott. Alberto Vedrani, giudicato primo dalla Commissione di Mombello nel concorso di Aiuto-Direttore al Manicomio di Lucca, alla fine di Dicembre u. s. lasciava il nostro Istituto per andare ad occupare il posto conseguito. Il concorso fu per titoli ed esame, e la Commissione esaminatrice era composta dai Professori Frigerio, Gonzales e Seppilli.

Mentre ci rallegriamo vivamente cogli egregi Colleghi Lambranzi e Vedrani per l'esito felice dei loro concorsi e per il passo fatto nella carriera, non possiamo a meno di dolerci di averli perduti.

Diamo il benvenuto al distinto giovane Dottor Antonio D'Ormea di Bologna, chiamato a coprire il posto di assistente in sostituzione del Dott. Lambranzi.

**Diploma Medaglia d'oro alla Esposizione d'Igiene di Napoli.** Alla Esposizione d'Igiene di Napoli 1900, dove l'On. Deputazione Provinciale aveva concorso con una Relazione-Storia del Manicomio, redatta dal Medico-Direttore, con la raccolta completa del nostro *Bollettino*, che conta già 28 anni di vita, e con disegni della Lavanderia a vapore, del Panificio, del Pastificio e delle altre innovazioni recentemente apportate nel nostro Istituto, fu a questo assegnato il *Diploma-Medaglia d'oro*.

L'On. Deputazione Provinciale, per festeggiare l'onorificenza ricevuta, stanziava una piccola somma, con la quale il giorno 16 Dicembre u. s. veniva, a pranzo e a cena, fatto ai malati e al personale uno speciale trattamento, che riuscì a tutti immensamente gradito.

**Ignoto Benefattore.** Un ignoto benefattore, cui rendiamo speciali azioni di grazia, ha fatto pervenire a questa Direzione la somma di L. 25. E questa Direzione, interpretando le intenzioni del donatore, ha erogato L. 20 a vantaggio della Cassa infermieri e L. 5 a vantaggio della Società di Patronato per i pazzi poveri.

## NOTIZIE

**Nomine.** In seguito a concorso per titoli venne nominato medico direttore del Manicomio Provinciale di Parma in Colorno il dott. Umberto Stefani. Questi fece le prime armi nel nostro Manicomio, poscia passò aiuto alla Clinica Psichiatrica di Pado-

va, dove ottenne la Libera Docenza, e finalmente fu nominato direttore del Manicomio di Vicenza, dal quale, come a tutti è noto, dovette allontanarsi. La nomina di Parma è una giusta riparazione dall'Egregio Collega pienamente meritata.

Il dott. Andrea Cristiani, Vice-Direttore del Manicomio di Lucca e Libero Docente in Psichiatria, in seguito a concorso per titoli ed esame, sostenuto a Mombello dinanzi alla Commissione suddetta, fu nominato medico-direttore in quel Manicomio.

I nostri rallegramenti ai distinti Colleghi.

---

## NECROLOGIO

Il giorno 18 Dicembre u. s., non ancora cinquantenne, moriva a Resina, nelle vicinanze di Napoli, il dott. **Silvio Venturi** Direttore del Manicomio di Girifalco in provincia di Catanzaro, libero docente in Psichiatria, Deputato al Parlamento.

Il Venturi nacque a Monteforte d'Alpone (Verona), studiò a Padova, fu assistente alla Clinica Psichiatrica del Prof. Tebaldi, e da allora in poi, quasi continuamente nella carriera manicomiale, fu a Girifalco, a Nocera Inferiore, a Napoli e poscia di nuovo a Girifalco.

Il Venturi fu uno dei rappresentanti più geniali della Psichiatria italiana moderna, uno scrittore arguto, un animo buono e leale, che seppe cattivarsi presso tutti gli onesti stima e simpatia. Egli, con una fede da apostolo, di cui aveva anche l'abito esterno, negli scritti e nei Congressi si fece caldo propugnatore di idee, spesso nuove, sempre razionali, liberali, umanitarie nel trattamento dei pazzi. Con discorsi improntati alla stessa fede, e spesso a fine arguzia, alla Camera dei Deputati seppe sempre destare molto interesse nell'applicazione della Psichiatria alle più alte questioni sociali.

Fra le sue opere più importanti il Venturi lascia: *Le Degenerazioni psico-sessuali* (1892) — *Le mostruosità dello spirito* (1900) e finalmente *Le pazzie dell'uomo sociale*, libro scritto negli ultimi mesi della sua vita ed uscito alle stampe dopo la sua morte.

Al geniale scienziato, al collega carissimo, all'amico leale l'estremo addio.

T.

---

**Società di Patronato per i pazzi poveri dimessi dal Manicomio.**

|                    |   |   |   |   |             |
|--------------------|---|---|---|---|-------------|
| Somma precedente   | . | . | . | . | L. 1779. 05 |
| Offerte malati     | . | . | . | . | » 2. 77     |
| Ignoto benefattore | . | . | . | . | » 5. —      |
| Introito bagni     | . | . | . | . | » 333. 50   |
| Interessi 1900     | . | . | . | . | » 64. 25    |
| Introito bagni     | . | . | . | . | » 6. 50     |
|                    |   |   |   |   | <hr/>       |
| Totale             | . | . | . | . | L. 2191. 07 |

**Epilogo del movimento dei malati nell'anno 1900**

|        | Esistenti<br>al 31 Dic. 1899 |                  |        | AMMESSI         |               |        | MORTI           |               |        | Rinasti<br>al 31 Dic. 1899        |                            | Giornate<br>di presenza<br>del 1899 |
|--------|------------------------------|------------------|--------|-----------------|---------------|--------|-----------------|---------------|--------|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
|        | Esistenti<br>al 31 Dic. 1899 | Ammessi nel 1900 | TOTALE | degli esistenti | degli ammessi | TOTALE | degli esistenti | degli ammessi | TOTALE | Totale usciti<br>e morti nel 1899 | Rinasti<br>al 31 Dic. 1899 |                                     |
| Uomini | 223                          | 127              | 350    | 25              | 68            | 93     | 30              | 18            | 48     | 141                               | 209                        | 80927                               |
| Donne  | 193                          | 106              | 299    | 18              | 43            | 61     | 9               | 15            | 24     | 85                                | 214                        | 75770                               |
|        | 416                          | 233              | 649    | 43              | 111           | 154    | 39              | 33            | 72     | 226                               | 423                        | 156697                              |

|                                        |   |           |
|----------------------------------------|---|-----------|
| Media giornaliera dei malati nel 1900  | . | N. 429. 3 |
| Proporzione degli usciti sugli ammessi | . | 66. 09 %  |
| » dei morti sul totale                 | . | 11. 09 %  |

*Movimento dei malati nel mese di Settembre 1900*

|         |                  | USCITI    |     |         |   |         |   |         |   |                    |   |                       |   |       |   | Raz. |
|---------|------------------|-----------|-----|---------|---|---------|---|---------|---|--------------------|---|-----------------------|---|-------|---|------|
|         |                  | Esistenti |     | Entrati |   | USCITI  |   |         |   |                    |   |                       |   | Morti |   |      |
|         |                  |           |     |         |   | guariti |   | mighor. |   | non mi-<br>giorati |   | per non<br>ver. pazz. |   |       |   |      |
|         |                  | U         | D   | U       | D | U       | D | U       | D | U                  | D | U                     | D | U     | D |      |
| Appart. | Prov. di Ferrara | 203       | 199 | 6       | 8 | 3       | 3 | 5       | 4 | 1                  |   |                       |   | 3     |   |      |
|         | altre Provincie  | 25        | 15  |         |   |         |   | 1       |   |                    |   |                       |   |       |   |      |
|         |                  | 228       | 214 | 6       | 8 | 3       | 3 | 6       | 4 | 1                  |   |                       |   | 3     |   |      |

*Movimento dei malati nel mese di Ottobre 1900*

|         |                  |     |     |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |   |   |     |     |
|---------|------------------|-----|-----|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|---|---|-----|-----|
| Appart. | Prov. di Ferrara | 197 | 200 | 1 | 5 | 3 | 4 | 1 |  |  |  |  |  | 2 | 3 | 192 | 198 |
|         | altre Provincie  | 24  | 15  |   |   | 1 |   |   |  |  |  |  |  |   |   | 23  | 15  |
|         |                  | 221 | 215 | 1 | 5 | 4 | 4 | 1 |  |  |  |  |  | 2 | 3 | 215 | 213 |

*Movimento dei malati nel mese di Novembre 1900*

|         |                  |     |     |    |   |   |   |   |  |  |  |  |  |   |   |     |     |
|---------|------------------|-----|-----|----|---|---|---|---|--|--|--|--|--|---|---|-----|-----|
| Appart. | Prov. di Ferrara | 192 | 198 | 8  | 3 | 7 | 2 | 2 |  |  |  |  |  | 6 | 1 | 185 | 198 |
|         | altre Provincie  | 23  | 15  | 2  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |   |   | 25  | 15  |
|         |                  | 215 | 213 | 10 | 3 | 7 | 2 | 2 |  |  |  |  |  | 6 | 1 | 210 | 213 |

*Movimento dei malati nel mese di Dicembre 1900*

|         |                  |     |     |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |   |   |     |     |
|---------|------------------|-----|-----|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|---|---|-----|-----|
| Appart. | Prov. di Ferrara | 185 | 198 | 4 | 8 | 4 | 4 | 1 | 2 |  |  |  |  | 4 | 1 | 180 | 199 |
|         | altre Provincie  | 25  | 15  | 5 |   |   |   |   |   |  |  |  |  | 1 |   | 29  | 15  |
|         |                  | 210 | 213 | 9 | 8 | 4 | 4 | 1 | 2 |  |  |  |  | 5 | 1 | 209 | 214 |

Direttore -- R. TAMBRONI.

Redattori -- CAPPELLETTI - FINZI - LAMBRANZI - VEDRANI. - D'ORMEA



piegata nei singoli lavori — Anno 1900

| Agosto |        | Settembre |        | Ottobre |        | Novembre |        | Dicembre |        |
|--------|--------|-----------|--------|---------|--------|----------|--------|----------|--------|
| 22 L.  | 80.—   | 14 L.     | 50.—   | 14 L.   | 50.—   | 14 L.    | 50.—   | 14 L.    | 50.—   |
| 3 ,    | 56.—   | 3 ,       | 43.—   | 3 ,     | 54.—   | 3 ,      | 34.50  | 3 ,      | 49.—   |
| 5 ,    | 60.—   | 5 ,       | 28.—   | 4 ,     | 19.50  | 5 ,      | 22.—   | 4 ,      | 27.—   |
| 2 ,    | 16.—   | 2 ,       | 21.—   | 2 ,     | 19.50  | 2 ,      | 38.—   | 2 ,      | 23.—   |
| 5 ,    | 52.—   | 5 ,       | 49.—   | 5 ,     | 58.50  | 5 ,      | 55.—   | 5 ,      | 57.—   |
| — ,    | —.—    | — ,       | —.—    | — ,     | —.—    | — ,      | —.—    | — ,      | —.—    |
| 2 ,    | 21.30  | 2 ,       | 19.—   | 2 ,     | 28.60  | 2 ,      | 30.—   | 2 ,      | 15.50  |
| 1 ,    | 4.50   | 1 ,       | 3.—    | 1 ,     | 6.—    | 1 ,      | 12.50  | 1 ,      | 1.25   |
| 1 ,    | 42.—   | 1 ,       | 78.—   | 1 ,     | 54.—   | 2 ,      | 51.—   | 1 ,      | 69.—   |
| 15     |        | 18        |        | 17      |        | 18       |        | 18       |        |
| 56     |        | 51        |        | 49      |        | 52       |        | 50       |        |
| 0 ,    | 331.80 | 0 ,       | 291.—  | 0 ,     | 290.10 | 0 ,      | 293.—  | 0 ,      | 291.75 |
| 4 ,    | 8.30   | 4 ,       | 17.30  | 6 ,     | 19.60  | 4 ,      | 18.60  | 4 ,      | 6.25   |
| 6 ,    | 8.52   | 4 ,       | 10.60  | 6 ,     | 31.92  | 5 ,      | 18.72  | 4 ,      | 9.66   |
| 3 ,    | 43.10  | 3 ,       | 47.10  | 3 ,     | 42.65  | 3 ,      | 49.75  | 3 ,      | 43.40  |
| — ,    | —.—    | — ,       | —.—    | — ,     | —.—    | — ,      | —.—    | 1 ,      | 7.50   |
| 21 ,   | 110.10 | 22 ,      | 120.30 | 22 ,    | 131.95 | 22 ,     | 138.10 | 22 ,     | 117.40 |
| — ,    | —.—    | — ,       | —.—    | — ,     | —.—    | — ,      | —.—    | — ,      | —.—    |
| 23 ,   | 213.02 | 25 ,      | 224.93 | 23 ,    | 240.81 | 25 ,     | 243.40 | 26 ,     | 251.15 |
| 16     |        | 17        |        | 16      |        | 17       |        | 16       |        |
| 73     |        | 75        |        | 76      |        | 76       |        | 76       |        |
| 5 ,    | 383.04 | 5 ,       | 420.23 | 5 ,     | 466.93 | 5 ,      | 468.55 | 5 ,      | 435.36 |
| 45 L.  | 714.84 | 45 L.     | 711.23 | 45 L.   | 757.03 | 45 L.    | 761.55 | 45 L.    | 727.11 |



Annata XXIX

---

# BOLLETTINO

DEL

## Manicomio Provinciale di Ferrara



FERRARA

Stabilimento Tipografico Taldei-Sosti

1902



## INDICE DEL' ANNATA XXIX

---

- D' Ormea. L' Edonale come ipnotico negli alienati, pag. 3.
- Lambranzi. Sul tempo dell' accesso epilettico, pag. 20.
- Finzi. Ancora sulla psichiatria di Wernicke, pag. 32.
- Finzi. Psicosi pellagrose, pag. 42 - 113.
- Tambroni. Un caso di doppio suicidio trasformatosi in omicidio-  
mancato suicidio, pag. 76.
- Cappelletti. Uno Pseudo-delinquente passionale, pag. 95,
- Lui. Sopra alcuni concetti di tecnica manicomiale, pag. 146.
- Vedrani. Per la diagnosi e la prognosi delle malattie mentali, pag. 190.



BOLLETTINO  
DEL  
MANICOMIO PROVINCIALE DI FERRARA



FERRARA  
Tipografia dell' Eridano  
1901





## L'Edonale come ipnotico negli alienati

del Dott. Antonio D'Ormea

Nella terapia in genere e nella psichiatria in particolare è un problema sempre vivo e importante quello degli ipnotici; giacchè il procurare un sonno ristoratore a un infermo agitato o sofferente per dolori è cosa umana e utile a un tempo, ma riesce difficile trovare medicamenti che, producendo tale benefico effetto, non siano per altro perniciosi alle funzioni dell'organismo, o che nell'uso continuato non perdano la loro efficacia. E così i vari ipnotici si seguono e si alternano nella pratica terapeutica senza che ancora possa dirsi di avere trovato quello ideale che, pur riordinando il meccanismo cerebrale del sonno, eviti gl'inconvenienti che il sonno artificialmente prodotto sogliono accompagnare o ad esso succedere; giacchè, come dice il Murri (1), « la bontà di un ipnotico non si deve più valutare dalla durata del sonno che produce, ma bensì dalla mancanza o dalla esiguità dei danni che al sonno succedono ».

Recentemente è venuto nel campo medico l'Edonale che subito è stato oggetto di numerosi e accurati studi (2), fra i quali mi piace rilevare, come più importanti, quelli del Murri e del Biancone. Il primo ha eseguite le sue ricerche principalmente

---

(1) L'Edonale nell'insonnie - *Clinica Moderna* A. VII, N. 2, pag. 19 - e - *Gazzetta Medica Lombarda*, N. 43, 21 Ottobre 1900.

(2) Murri l. c.

Biancone. Sull'azione ipnotica e sedativa dell'Hedonal « *Riv. sper. di Freniatr. e Med. Leg.*, V. XXVI, F. 2 e 3, Luglio 1900 ».

Menz. Sull'uso dell'Edonale in Psichiatria - *Die Heilkunde*, Year. IV, Part. 2, Agosto 1900 « e, *Clinical Excerpts* London, Vol. IV. N. 10. October 1900 ».

Haberkant. Ueber Hedonal, ein neues Schlafmittel aus der Gruppe der Urethane « *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie etc.* Bd. 57, p. 825, Berlin, 1900 ».

Heichelheim. Klinische Erfahrungen über Hedonal « *Deut. med. Woch.*, N. 49, Dicemb. 1900 » e V. « *Riforma Medica* Vol. IV, N. 67, pag. 800, Dicemb. 1900 ».

« nei nevrastenici, nelle isteriche, nelle persone sopraffaticate, in coloro che stan passando dall'età adulta alla senile »; l'altro in forme nevropatiche e psicopatiche.

Il Murri riferisce di avere ottenuto nelle forme su citate, somministrando dai 2 ai 3 grammi di Edonale, un sonno calmo e continuo di cinque o sei ore e senza alcun senso di abbattimento o di incertezza di equilibrio, nè, tranne rare eccezioni, quella sonnolenza che spesso succede al sonno ottenuto col Trionale; tale effetto invece quasi mai ebbe colla dose di un solo grammo; come pure effetti mediocri ottenne dando l'Edonale in qualche caso di nevralgia.

Il Biancone ha somministrato l'Edonale alla dose di gr. 0,50 — 1,50 preferibilmente sotto forma di un *punch* caldo ottenendo risultati soddisfacentissimi. Dai numerosi e accurati suoi esperimenti risulta che esso è efficace ipnotico nella insonnia nervosa,

---

Goldmann. Ueber ein neues Hypnoticum aus der Gruppe der Urethane, das Hedonal « *Berichte der Deutschen pharmaceutischen Gesellschaft* 1900, Heft. 4 ».

Lenz. Ueber das Hedonal, ein neues Schlafmittel aus der Urethangruppe « *Wiener klinischen Rundschau*, 1900, N. 35 ».

Raimann. Comunicazione fatta nella seduta di Giugno 1900 alla Società di Neurologia e Psichiatria in Vienna.

Nawratzky und Arndt. Ueber das Hedonal « *Therapeut. Monatshefte*, 1900, Heft. 7 ».

Ennen. Mittheilung über ein neues Schlafmittel, Hedonal « *Psychiatr. Wochenschrift*, 1900, N. 18 ».

Neu. Ueber Versuche mit Hedonal « *idem.* »

Eulemburg. Bemerkungen über Hedonal « *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1900, n. 23.

Schuster. Ueber ein neues Schlafmittel aus der Gruppe der Urethane. Therapeutische Notiz. *idem.*

Schüller. Hedonal, ein Hypnoticum der Urethangruppe « *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1900, N. 23.

Schlüter. Therapeutische Beilage der *Deutsche medicinische Wochenschrift*, N. 48, Nov. 1900.

Haas. Relazione generale « *Allg. Med. Central-Zeitung*, 1900, N. 48.

Claus. Ueber Hedonal. Comunicazione fatta alla Società di Medicina mentale del Belgio. Dal *Neurologisches Centralblatt*, N. 4 Febbraio, 1901.

Crocq. *Idem.*

nella insonnia sostenuta da nevralgie e in quella susseguente a parecchie forme di psicosi allucinatoria con agitazione motrice; riesce poi ottimo calmante negli stati ansiosi della melanconia e della frenosi ipocondriaca e negli stati di eccitamento, maniaco sia idiopatico che sintomatico di altre forme morbose. Talvolta l'azione sedativa e quella ipnotica si accoppiavano, tal altra la prima era predominante. Nelle forme nevralgiche ottenne il sonno, ma quasi nessuna efficacia sul decorso della nevralgia stessa; riesci invece costantemente a vincere le crisi gastriche in un malato affetto da tabe-paralisi. Soddisfacentissimi sono pure riesciti i suoi esperimenti su l'azione fisiologica dell'Edonale nell'uomo (sul sistema nervoso, sulla pressione sanguigna, sul polso, sulla temperatura, sul respiro e sulla secrezione urinaria), dai quali risulta la innocuità quasi assoluta del farmaco; e il Biancone così conclude il suo lavoro (1): « l'Hedonal alla dose di gr. 1-1,50 in soluzione è un buon ipnotico e sedativo, ordinariamente di azione sicura e scevro da tutti quegli inconvenienti, più o meno gravi e numerosi, che accompagnano l'azione degli ordinari ipnotici, a molti dei quali perciò meriterebbe di essere preferito, come io mi auguro che avvenga man mano che il suo uso si andrà generalizzando ».

Il Menz afferma che il nuovo ipnotico gli ha corrisposto eccellentemente, superando assai l'aspettativa nelle esperienze che egli confessa di avere iniziate con scetticismo per il gran numero di nuovi farmaci, e spesso inferiori agli antichi, che vengono continuamente lanciati nel mercato medico. Egli sperimentò l'Edonale su quarantadue infermi di melanconia, mania acuta e cronica, frenosi allucinatoria, demenza secondaria (?), paranoia, frenosi nevrastenica, isterismo, psicosi epilettica, delirium tremens, alcoolismo cronico, frenosi pellagrosa, paralisi generale, demenza senile, imbecillità, idiozia. La dose variò dai 15 ai 30 grani (2), ma nel maggior numero dei casi somministrò gr. 22  $\frac{1}{2}$ , in polvere con ostia o, agli infermi furiosi, in una soluzione alcoolica. Con tale dose egli ha avuto in media un sonno da sei a sette ore, ma non costantemente, chè talvolta nelle notti seguenti alla pri-

---

(1) l. c. pag. 419.

(2) Il grano inglese vale quasi 10 centigrammi.

ma somministrazione, colla stessa dose ottenne solamente due o tre ore di sonno; il quale era per altro molto simile al naturale, con facile risveglio, mancanza di cefalea o vertigine o confusione di idee; e ancora l'uso prolungato si dimostrò scevro di alcun notevole disturbo. Trovò il farmaco più efficace nelle donne che negli uomini, e attivo tanto nelle forme acute che nelle croniche, ma nelle prime però a dose più elevata; non riscontrò un notevole vantaggio somministrandolo in forma liquida anzichè in polvere.

Haberkant in trentacinque casi di psicosi ha fatto ben quattrocentoquaranta somministrazioni di Edonale tra i gr. 0,50-6, tanto per bocca che per clistere. A dosi inferiori ai due grammi ha avuto risultati incostanti e poco notevoli, ottenendo un utile effetto soltanto nell'insonnia consecutiva a leggero eccitamento, specialmente nella demenza senile, nella ipocondria e nella nevrasenia. Con 3 a 4 grammi trovò il rimedio parimenti attivo nella melanconia agitata e negli altri stati depressivi, come in casi di forte eccitamento della mania, della confusione allucinatoria, della paralisi, della epilessia e dell'alcoolismo cronico. La durata del sonno, con tre a cinque grammi, raggiunse le sette e otto ore, e l'azione sonnifera si verificò dopo  $\frac{1}{4}$ , o  $\frac{1}{2}$ , ora, e talvolta anche dopo dieci minuti dalla somministrazione del farmaco; ma dopo ripetute dosi la durata del sonno divenne subito più breve, sicchè per ottenere l'effetto ipnotico fu necessario aumentare progressivamente la dose. Le somministrazioni di 4 a 6 grammi, usate anche per lungo tempo, non dettero luogo ad alcun fenomeno pericoloso, soltanto a poliuria e a un sopore in sé poco importante, ma che però faceva nascere negli infermi avversione e ripugnanza per il medicamento.

∴

Da un rapido confronto fra i risultati ottenuti da questi sperimentatori con quelli dei principali studi fatti su gl'ipnotici ora più in uso (1), quali: il cloralio idrato, la josciamina, la jo-

---

(1) Seppilli e Riva. Sull'azione della Josciamina e del suo valore terap. nelle malattie mentali. *Riv. Sper. di Fren. e Med. Leg.* Vol. VII. 1881.

Morselli. Ricerche sperimentali intorno all'azione ipnotica e sedativa della Paralaldeide nelle malattie mentali. *Gazzetta degli Ospedali*, N. 4, 5, 6, Gennaio 1883 e *Arch. It. delle Malatt. Nervose*, Vol. XX, 1883.

scina, la paraldeide, l'uretano, il sulfonale, l'uralio, la duboisina, il trionale, il cloralosio, la lattofenina ecc., subito appare in quanta considerazione debba tenersi il nuovo medicamento, giacchè, se per alcuni inconvenienti, quali ad esempio la facilità all'abitudine con un uso continuato, riesce inferiore ad alcuni di

---

Newmann. Azione ipnot. e sed. della Paraldeide nelle diverse forme di alienazione. Rif. nella *Gazzetta medica di Torino*, 1886.

Sighicelli. L'Uretano nei pazzi. *Arch. Ital. per le malattie nervose*, 1886.

Tambroni e Stefani. Dell'Uralio e del suo valore terap. nelle malatt. mentali. *La Psichiatria*, Vol. VII e VIII, 1889.

Bianchi. Sull'azione del Sulfonale nelle malatt. mentali. *Riforma medica*, 1889.

Venanzio. L'idrato di Cloralio e le sue applic. nelle malattie nervose e mentali. *Arch. It. per le malattie nervose*, Vol. XXVI, 1889.

Sanna-Salaris. Valore terap. dell'idrato di Joscina nelle malatt. mentali. *Annali di Freniatria*, Vol. III, 1891.

Sighicelli. Sull'Joscina etc. *Il Manicomio Moderno*, Vol. VI.

Albertoni. La Duboisina negli accessi istero-epilettici. *Gazzetta degli Ospedali*, 1892.

Belmondo. Sull'azione sed. e ipnot. della Duboisina nelle malattie mentali. *Riv. Sper. di Fren. e Med. Leg.* 1892.

Ciullini. Sui nuovi ipnotici: Uralio, Uretano etc. *Riv. Sper. di Fren. e Med. Leg.* Vol. XVIII, 1892.

Raimondi e Mariottini. I nuovi ipnotici Trionale e Tetronale. *Annali di Chim. e Farm.* 1892.

Tambroni e Cappelletti. Il solf. n. di Duboisina nei malati di mente. *Il Manicomio Moderno*, 1893.

Pelanda e Cainer. Il Trional nei psicop. *Riforma Medica*, 1893.

Morselli. Il Cloralosio come ipnotico nelle malattie mentali e nervose. « *Boll. della R. Acc. Med. di Genova*, 1893 ».

Rossi. Sull'azione ipnotica e terap. del Cloralosio nelle malattie mentali. « *Riv. sper. di Fren. e Med. Leg.* 1893, Vol. XIX.

Cappelletti. Sull'azione fisiologica e terapeutica del Cloralosio, Bologna, 1894.

Cristiani. La Lattofenina contro l'insonnia degli alienati. Nocera Inferiore, 1898.

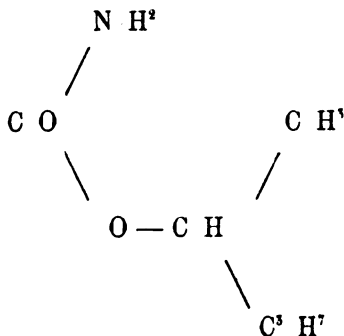
Lojacono. Sull'azione del Sulfonale nelle malattie mentali. *Il Manicomio*, 1899.

essi, tuttavia per altri riguardi risulterebbe assai vantaggioso, specialmente per la mancanza quasi assoluta di effetti dannosi sulle funzioni generali dell'organismo.

E però da tutto questo incoraggiato, e convinto che alcune differenze, anche notevoli, ottenute dai vari sperimentatori siano da attribuirsi alle diverse condizioni di esperimento, ho voluto io pure somministrare il nuovo ipnotico ad alcuni dei nostri infermi per potere avere un criterio personale sulla sua efficacia; e persuaso ancora che nuove osservazioni, specialmente nel campo psichiatrico, potessero riescire utili, ho pensato di pubblicare i risultati da me ottenuti.

∴

Non istarò a descrivere le proprietà chimiche dell'Edonale, riportandomi per questo agli studi del Dreser (1), che pure ne osservò l'azione fisiologica su gli animali; solo mi limiterò a dire che esso è l'Uretano dell'alcool-metil-propil-carbinol, la cui costituzione chimica è la seguente :



È una polvere bianca, cristallina, di odore leggermente aromatico, di sapore non sgradevole (simile al mentolo), poco solubile nell'acqua alla ordinaria temperatura, più solubile invece nelle bevande calde specialmente alcooliche, sicchè può somministrarsi tanto in polvere con ostia, come preferisce il Murri, quanto in soluzione sotto forma di *punch sonnifero*, come stima più efficace il Biancone.

---

(1) Dreser. Ueber ein Hypnoticum aus der Reihe der Urethane. Comunicazione al Congresso dei Naturalisti in Monaco, 1899.

Io mi sono servito del preparato gentilmente fornito dalla casa Bayer e C.<sup>o</sup> di Elberfeld a questo istituto; e ho diviso le mie osservazioni in due serie distinte, l'una di esperimenti diurni volti a determinare l'azione del farmaco sulla temperatura, sulla respirazione e sul polso; l'altra di esperimenti notturni allo scopo di stabilirne le proprietà ipnotiche. E queste ultime prove ho alla lor volta divise in due gruppi, nel primo dei quali ho somministrato l'Edonale in polvere alla dose progressiva di gr: 1 - 1,50 - 2; nel secondo (dopo un periodo di riposo di circa dieci giorni, durante i quali gl' infermi non hanno preso alcun ipnotico) l'ho invece dato in soluzione alcoolica alla dose successivamente di gr: 1 - 1,50. Per tutte le mie ricerche ho scelto infermi di ambo i sessi (nelle notturne però in gran maggioranza donne, perchè in esse erano più evidenti e abituali l'insonnia e l'agitazione motoria), di varie età (dai 16 ai 76 anni) e affetti da diverse forme morbose.

Per le prove diurne, all'opposto di quelle notturne, ho sempre presi ammalati tranquilli e pazienti alle ripetute ricerche che su loro dovevo fare, per ottenere un maggiore affidamento su l'esattezza dei risultati. Raccoglievo i miei infermi, a gruppi di quattro o cinque per volta, in una o due camere attigue, procurando di avere la maggiore quiete possibile; fattili coricare, ne esaminavo accuratamente la temperatura, la frequenza del polso e del respiro, poi somministravo loro l'Edonale, ad alcuni in polvere ad altri in *punch*, e in seguito ripeteva le osservazioni a ogni ora.

Per le esperienze notturne invece ho messo speciale cura nell'accertare lo stato d'insonnia dell'infermo durante il periodo dell'esperimento, sopprimendo alcune sere innanzi la somministrazione di ogni altro medicamento ipnotico o calmante, allo scopo ancora di rendere più evidente l'azione del nuovo farmaco: e su ogni individuo ho procurato di fare quasi sempre più di una osservazione per ciascuna dose di medicinale, sospendendone per altro l'uso non appena l'insonnia fosse scomparsa o divenuta meno evidente. Nel determinare i risultati ho ancora tenuto calcolo dello stato di agitazione o di tranquillità dell'infermo nell'ora precedente la somministrazione dell'Edonale, nonchè della maggiore o minore quiete che durante l'esperimento era nell'ambiente in cui l'infermo riposava.

Stabiliti così i criteri delle mie esperienze, ho potuto fare 24 osservazioni diurne e 105 notturne, esaminando complessivamente 47 infermi.

∴

Dalle somministrazioni di Edonale che ho fatte di giorno alle dosi successivamente di gr: 1 - 1,50 - 2 - 3, ho ottenuto i seguenti risultati:

Nella *temperatura*, colla dose di un solo grammo, vi sono state oscillazioni di poco conto con tendenza quasi costante a un abbassamento, resosi più evidente colle dosi maggiori, e che a 3 grammi ha raggiunto un massimo di otto decimi, e in un solo individuo; raro l'aumento della temperatura e sempre poco notevole.

Il *polso*, anche colla dose di 3 grammi, si è mantenuto costantemente regolare e ritmico; quanto alla frequenza ho riscontrato quasi sempre una diminuzione oscillante dalle due alle dieci pulsazioni per minuto, e che più spesso si manifestava assai presto, ma qualche volta però soltanto nella seconda ora e dopo un leggero aumento di frequenza; in un solo caso questa si è mantenuta costante, e due volte ho notato un progressivo aumento sino ad un massimo di dieci battiti al minuto.

La funzione del *respiro* non ha mai subito una notevole differenza per quanto ne riguarda il tipo e la profondità; il ritmo, sempre regolare, più spesso si è rallentato e rare volte ha subito un leggero aumento di frequenza; sì nell'uno che nell'altro caso però furono sempre modificazioni di assai poca entità.

Quanto alla durata di queste leggere alterazioni si della temperatura che del polso e del respiro, alla terza ora dopo la somministrazione del farmaco già si notava la tendenza a ritornare allo stato normale, che spesso era completamente raggiunto alla quarta ora.

Colla dose di 1 grammo di giorno non ho mai ottenuto il sonno, ma solo uno stato di sonnolenza negli individui più anziani di età; con dosi maggiori alcuni infermi, specialmente le donne e i vecchi, hanno anche dormito, ma di un sonno leggero, che con grande facilità si interrompeva quando io mi accostavo



loro per esaminarli. Nessuno de' miei osservati ha mai accusato cefalea, nausea o torpore.

Per maggiore comodità ho raccolto le mie esperienze notturne sull'azione ipnotica dell'Edonale nelle unite tabelle, di cui le prime cinque danno i risultati speciali di ogni singola osservazione, l'ultima invece le riassume tutte e rappresenta le ore di sonno ottenute nelle varie prove.

Dall'esame di queste tavole due fatti subito si notano: l'uno è l'abitudine che con facilità fanno gl' infermi al medicamento, sicchè dopo alcune somministrazioni l'azione sua diminuisce notevolmente nonostante ancora le aumentate dosi; l'altro è la maggiore efficacia che si ottiene somministrandolo in un eccipiente liquido anzichè in polvere. A quest'ultimo fatto si potrebbe pensare contribuisse la bevanda alcoolica, giacchè per rendere più solubile l'Edonale io aggiungevo a circa 60 grammi di acqua calda 6 o 7 grammi di Cognac con un poco di zucchero; ma veramente io non credo che una sì modesta quantità di alcool, e per di più diluita, possa avere una notevole azione ipnotica; penso invece che la maggiore durata del sonno debba attribuirsi al più facile assorbimento dell'Edonale quando sia preso sotto questa forma. E in tale supposizione mi confortano ancora le mie osservazioni diurne, nelle quali ho potuto constatare che agli infermi cui davo il medicamento in forma liquida non solo veniva più presto e facilmente che agli altri la tendenza al sonno, ma ancora apparivano più notevoli e sollecite le modificazioni della temperatura, del polso e del respiro di cui già ho parlato.

Nelle prime esperienze, in cui somministravi l'Edonale in polvere alla dose di 1 grammo, ho avuto un'azione sonnifera soddisfacente nei casi di insonnia semplice o accompagnata a lieve eccitamento, mentre nelle forme di grave agitazione motoria l'effetto ipnotico è stato nullo o quasi nullo, ma evidente invece l'azione calmante. Dopo pochi giorni di tali somministrazioni aumentai la dose a gr: 1,50 e subito ebbi migliori risultati, riescendo ad ottenere alcune ore di sonno anche nelle forme di eccitamento grave e di insonnia ostinata; ma presto l'effetto benefico cominciò a scemare e, con una breve sosta all'aumento che io allora feci di altri gr: 0,5, continuò la linea discendente; sicchè,

mentre con 1 grammo ebbi una durata media del sonno di ore 4  $\frac{1}{4}$ , circa, e con gr: 1,50 di oltre 5 ore, con 2 grammi la media superò di poco le ore 4  $\frac{3}{4}$ .

Allora sospesi le mie esperienze e lasciai gl'infermi per circa dieci giorni senza alcun ipnotico, per potere anche meglio accertarmi del loro stato d'insonnia; e dopo questa pausa ripresi le dosi di 1 grammo di Edonale, ma in soluzione, e n'ebbi effetti molto migliori non solo nelle forme di insonnia semplice e tranquilla, ma ancora in quelle accompagnate a forte eccitamento; ma anche questa volta l'effetto ipnotico presto cominciò a scemare, sicchè dopo alcuni giorni, somministrando la soluzione di gr: 1,50, ottenni risultati inferiori a quelli dei giorni precedenti. Poche prove ho potuto fare colle dosi di gr: 2,50 e 3, sicchè non ho creduto utile raccoglierle in tavole, ma posso tuttavia affermare che nei casi in cui le ho date ho constatato che il maggiore effetto appariva proporzionalmente all'aumentata dose, se dall'una all'altra somministrazione intercorrevano alcuni giorni di sosta, mentre invece appariva poco o nulla coll'uso prolungato e continuo. Non ho potuto fare esperimenti in forme nevralgiche.

Come di giorno, così anche di notte nessuno degli infermi cui ho dato l'Edonale ha avuto vomito o nausea, nè cefalea, nè torpore o sonnolenza dopo il risveglio. Il sonno prodotto da questo farmaco era simile molto al naturale, tranquillo e leggero; il risveglio era facile e sereno, e se durante la notte per qualche causa il sonno veniva interrotto, facilmente il paziente si riaddormentava.

E siccome ho dato l'ipnotico quasi esclusivamente ad infermi della sezione agitati, avveniva spesso che il loro sonno, appunto perchè leggero, era disturbato dagli altri compagni di stanza o da quelli delle camere vicine; io quindi sono convinto che in condizioni più favorevoli di ambiente i risultati sarebbero stati migliori.

∴

Da quanto ho osservato credo di poter concludere che l'Edonale ha su molti altri ipnotici il vantaggio di non dare alcun notevole disturbo nè durante nè dopo il sonno, sicchè può impunemente somministrarsi sia a piccole che ad elevate dosi a seconda

dei bisogni. Alla dose di 1 grammo ha già un'azione ipnotica nella insonnia tranquilla o leggermente eccitata, e riesce un buon calmante nelle psicosi con eccitamento grave; alla dose di 2 a 3 grammi dà alcune ore di sonno tranquillo e benefico ancora nelle forme di insonnia accompagnate a forte agitazione motoria; però coll'uso prolungato e non interrotto perde facilmente la sua efficacia.

Credo quindi che l'Edonale possa felicemente entrare nella terapia psichiatrica fra i migliori ipnotici, e al loro uso utilmente alternarsi.

mentre con 1 grammo ebbi una durata media del sonno di ore 4  $\frac{1}{4}$ , circa, e con gr: 1,50 di oltre 5 ore, con 2 grammi la media superò di poco le ore 4  $\frac{3}{4}$ .

Allora sospesi le mie esperienze e lasciai gl'infermi per circa dieci giorni senza alcun ipnotico, per potere anche meglio accertarmi del loro stato d'insonnia; e dopo questa pausa ripresi le dosi di 1 grammo di Edonale, ma in soluzione, e n'ebbi effetti molto migliori non solo nelle forme di insonnia semplice e tranquilla, ma ancora in quelle accompagnate a forte eccitamento; ma anche questa volta l'effetto ipnotico presto cominciò a scemare, sicchè dopo alcuni giorni, somministrando la soluzione di gr: 1,50, ottenni risultati inferiori a quelli dei giorni precedenti. Poche prove ho potuto fare colle dosi di gr: 2,50 e 3, sicchè non ho creduto utile raccoglierle in tavole, ma posso tuttavia affermare che nei casi in cui le ho date ho constatato che il maggiore effetto appariva proporzionalmente all'aumentata dose, se dall'una all'altra somministrazione intercorrevano alcuni giorni di sosta, mentre invece appariva poco o nulla coll'uso prolungato e continuo. Non ho potuto fare esperimenti in forme nevralgiche.

Come di giorno, così anche di notte nessuno degli infermi cui ho dato l'Edonale ha avuto vomito o nausea, nè cefalea, nè torpore o sonnolenza dopo il risveglio. Il sonno prodotto da questo farmaco era simile molto al naturale, tranquillo e leggero; il risveglio era facile e sereno, e se durante la notte per qualche causa il sonno veniva interrotto, facilmente il paziente si riaddormentava.

E siccome ho dato l'ipnotico quasi esclusivamente ad infermi della sezione agitati, avveniva spesso che il loro sonno, appunto perchè leggero, era disturbato dagli altri compagni di stanza o da quelli delle camere vicine; io quindi sono convinto che in condizioni più favorevoli di ambiente i risultati sarebbero stati migliori.

∴

Da quanto ho osservato credo di poter concludere che l'Edonale ha su molti altri ipnotici il vantaggio di non dare alcun notevole disturbo nè durante nè dopo il sonno, sicchè può impunemente somministrarsi sì a piccole che ad elevate dosi a seconda

dei bisogni. Alla dose di 1 grammo ha già un'azione ipnotica nella insonnia tranquilla o leggermente eccitata, e riesce un buon calmante nelle psicosi con eccitamento grave; alla dose di 2 a 3 grammi dà alcune ore di sonno tranquillo e benefico ancora nelle forme di insonnia accompagnate a forte agitazione motoria; però coll'uso prolungato e non interrotto perde facilmente la sua efficacia.

Credo quindi che l'Edonale possa felicemente entrare nella terapia psichiatrica fra i migliori ipnotici, e al loro uso utilmente alternarsi.

# **Tabella I.**

*Somministrazione di gr: 1 di Edonale in polvere alle ore 20*

| Infermi                  | Sesso | Età | Malattia          | Stato attuale            | ORE DI OSSERVAZIONE |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------|-------|-----|-------------------|--------------------------|---------------------|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|
|                          |       |     |                   |                          | 19                  | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C. Palmina               | F     | 16  | demenza precoce   | clamorosa<br>nella notte |                     |    | D  | D  | D  | D  | D | D | D | D |   |   |
| A. Emilia                | »     | 23  | frenosi periodica | eccit. grave             |                     |    |    | D  | D  |    |   |   |   |   |   |   |
| L. Elisa                 | »     | 27  | frenosi isterica  | eccitamento              |                     |    |    | D  |    |    |   |   |   |   |   |   |
| M. Teresa                | »     | 27  | frenosi periodica | eccitamento              |                     |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| B. Maria                 | »     | 29  | frenastenia       | eccit. mediocre          |                     |    |    | D  | D  |    | D |   |   |   | D | D |
| T. Luigia                | »     | 34  | frenosi periodica | tranquilla               |                     |    |    |    | D  | D  | D | D |   |   |   |   |
| R. Margher. <sup>a</sup> | »     | 35  | frenosi periodica | eccit. grave             |                     |    | D  | D  |    |    |   |   |   |   |   | D |
| P. Imelde                | »     | 38  | frenosi periodica | eccit. mediocre          |                     |    |    | D  | D  | D  | D | D |   |   | D |   |
| S. Zita                  | »     | 39  | frenosi periodica | eccitamento              |                     |    | D  | D  | D  | D  | D | D | D | D | D |   |
| M. Cesira                | »     | 54  | idiotia           | tranquilla               |                     |    |    |    |    |    | D | D | D | D | D | D |
| D. Gaetano               | M     | 45  | frenosi periodica | eccitamento              |                     |    | D  | D  | D  | D  | D | D | D | D | D | D |
| C. Vincenzo              | »     | 48  | frenosi periodica | eccitamento              |                     |    | D  |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
| G. Luigi                 | «     | 52  | frenosi periodica | eccitamento              |                     | D  |    |    |    |    | D | D |   | D | D |   |
| N. Pietro                | »     | 54  | frenosi periodica | eccitamento              |                     | D  | D  | D  | D  | D  |   |   |   |   |   |   |
| M. Gabriele              | »     | 76  | demenza senile    | depressione              |                     |    | D  | D  |    |    |   |   |   |   | D |   |

durata media del sonno: ore 4, 16'

Segni convenzionali {  $\equiv$  l'infermo è agitato  
D " " " tranquillo  
" " " dorme

# Tabella II.

Somministrazione di gr; 1,50 di Edonale in polvere alle ore 20

| Infermi     | Sesso | Età | Malattia           | Stato attuale            | ORE DI OSSERVAZIONE |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
|-------------|-------|-----|--------------------|--------------------------|---------------------|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|
|             |       |     |                    |                          | 19                  | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C. Palmina  | F     | 16  | demenza precoce    | clamorosa<br>nella notte | —                   | —  | D  | D  | D  | D  | D | D | D | D | D | D |
| A. Emilia   | »     | 23  | frenosi periodica  | eccit. grave             | —                   | —  | —  | —  | D  | —  | — | D | D | — | — | — |
| L. Elisa    | »     | 27  | frenosi isterica   | eccitamento              | —                   | —  | —  | —  | —  | —  | — | D | D | D | D | — |
| M. Teresa   | »     | 27  | frenosi periodica  | eccit. lieve             | —                   | —  | —  | —  | —  | D  | — | D | D | D | D | — |
| B. Maria    | »     | 29  | frenastenia        | eccit. medic.            | —                   | —  | —  | D  | D  | D  | D | D | D | D | D | D |
| T. Luigia   | »     | 34  | frenosi periodica  | tranquilla               | —                   | —  | D  | D  | D  | —  | — | — | — | — | — | — |
| P. Imelde   | »     | 38  | frenosi periodica  | eccit. lieve             | —                   | —  | D  | D  | D  | —  | — | D | D | D | — | — |
| S. Zita     | »     | 39  | frenosi periodica  | eccitamento              | —                   | —  | —  | —  | —  | —  | — | — | D | D | — | — |
| S. Maria    | »     | 52  | demenza senile     | eccitamento              | —                   | —  | D  | D  | D  | D  | D | D | D | D | D | — |
| M. Cesira   | »     | 54  | idiotia            | tranquilla               | —                   | —  | —  | —  | —  | D  | D | D | D | D | D | — |
| M. Regina   | »     | 60  | frenosi periodica  | eccitamento              | —                   | —  | —  | —  | —  | —  | — | — | — | — | — | — |
| F. Luigi    | M     | 38  | demenza paralitica | confusionale             | D                   | —  | D  | D  | D  | D  | D | D | D | D | D | — |
| D. Gaetano  | »     | 45  | frenosi periodica  | eccitamento              | —                   | —  | D  | D  | D  | —  | D | D | D | D | — | — |
| C. Vincenzo | »     | 48  | frenosi periodica  | eccitamento              | —                   | —  | —  | D  | D  | D  | D | D | D | D | — | — |
| G. Luigi    | »     | 52  | frenosi periodica  | eccitamento              | —                   | —  | D  | D  | D  | D  | — | — | — | — | — | — |
| N. Pietro   | »     | 54  | frenosi periodica  | eccitamento              | —                   | —  | D  | D  | D  | D  | D | D | D | D | — | — |

durata media del sonno : ore 5.7'

durata media del sonno : ore 5.7

**Tabella III.**  
*Somministrazione di gr: 2 di Edonale in polvere alle ore 20*

| Infermi     | Sesso | Età | Malattia          | Stato attuale           | ORE DI OSSERVAZIONE |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------|-------|-----|-------------------|-------------------------|---------------------|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|
|             |       |     |                   |                         | 19                  | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |   |
| C. Palmira  | F     | 16  | demenza precoce   | clamorosa               |                     |    |    | D  | D  | D  |   |   |   | D | D | D | D |
| A. Emilia   | »     | 23  | frenosi periodica | eccit. grave            |                     |    | D  | D  | D  | D  | D | D | D | D | D |   |   |
| M. Teresa   | »     | 27  | frenosi periodica | eccitamento<br>mediocre |                     |    |    | D  | D  | D  | D |   | D |   |   |   |   |
| B. Maria    | »     | 29  | frenastenia       | eccitamento<br>mediocre |                     |    |    | D  | D  | D  | D | D | D | D | D | D | D |
| T. Luigia   | »     | 34  | frenosi periodica | tranquilla              |                     |    |    | D  | D  | D  | D | D | D | D | D | D | D |
| S. Zita     | »     | 39  | frenosi periodica | eccitamento             |                     |    | D  | D  | D  | D  | D |   |   |   |   |   |   |
| V. Elisa    | »     | 44  | demenza           | eccitamento             |                     |    | D  | D  | D  | D  | D |   |   |   |   |   |   |
| M. Regina   | »     | 60  | frenosi periodica | eccitamento             |                     |    |    | D  | D  | D  |   |   |   | D | D | D | D |
| G. Luigi    | M     | 52  | frenosi periodica | eccitamento             |                     |    | D  | D  | D  | D  | D | D | D | D | D | D | D |
| M. Gabriele | »     | 76  | demenza senile    | depressione             |                     |    |    |    |    |    | D |   |   |   |   |   |   |

durata media del sonno: ore 4.46



# **Tabella IV.**

*Somministrazione di gr: 1 di Edonale in soluzione alle ore 20*

| Infermi    | Sesso | Età | Malattia          | Stato attuale   | O G G E T T O OSSERVAZIONE |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
|------------|-------|-----|-------------------|-----------------|----------------------------|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|
|            |       |     |                   |                 | 19                         | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C. Palmina | F     | 16  | demenza precoce   | clanorosa       |                            |    |    |    | D  | D  | D |   |   | D | D | D |
| C. Maria   | »     | 22  | idiotia           | tranquilla      |                            |    |    | D  | D  | D  | D | D | D | D | D | D |
| A. Emilia  | »     | 23  | frenosi periodica | eccit. grave    |                            |    |    |    | D  | D  | D | D | D | D | D | D |
| M. Teresa  | »     | 27  | frenosi periodica | eccit. lieve    |                            |    |    | D  | D  | D  | D | D | D | D | D | D |
| L. Elisa   | »     | 27  | frenosi isterica  | eccitamento     |                            |    |    |    |    |    | D | D | D | D | D | D |
| C. Elisa   | »     | 29  | frenosi periodica | eccitamento     |                            |    |    | D  | D  | D  | D | D | D | D | D | D |
| B. Maria   | »     | 29  | frenastenia       | eccit. medio-re |                            |    | D  | D  | D  | D  | D | D | D | D | D | D |
| T. Luigia  | »     | 34  | frenosi periodica | tranquilla      |                            |    |    | D  | D  | D  | D | D | D | D | D | D |
| R. Maria   | »     | 37  | demenza           | eccitamento     |                            |    |    | D  | D  | D  | D | D | D | D | D | D |
| P. Imelde  | »     | 38  | frenosi periodica | eccit. medio-re |                            |    | D  | D  | D  | D  | D | D | D | D | D | D |
| S. Zita    | «     | 39  | frenosi periodica | eccitamento     |                            |    |    | D  | D  | D  | D | D | D | D | D | D |
| P. Teresa  | »     | 47  | frenosi periodica | eccitamento     |                            |    |    |    | D  | D  | D | D | D | D | D | D |
| M. Regina  | »     | 60  | frenosi periodica | eccitamento     |                            |    |    |    | D  | D  | D | D | D | D | D | D |

*durata media del sonno: ore 5, 13'*

**Tabella V.**  
*Somministrazione di gr; 1,50 di Edonale in soluzione alle ore 20*

| Infermi    | Sesso | Età | Malattia          | Stato attuale | ORE DI OSSERVAZIONE |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |
|------------|-------|-----|-------------------|---------------|---------------------|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|
|            |       |     |                   |               | 19                  | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C. Palmina | F     | 16  | demenza precoce   | clamorosa     | —                   | —  | D  | D  | D  | D  | D | — | — | — | — | — |
| A. Emilia  | »     | 23  | frenosi periodica | eccit. grave  | —                   | —  | —  | D  | D  | D  | D | D | D | D | — | — |
| L. Elisa   | »     | 27  | frenosi isterica  | eccitamento   | —                   | —  | D  | D  | D  | D  | D | — | D | — | — | — |
| M. Teresa  | »     | 27  | frenosi periodica | eccitamento   | —                   | —  | —  | D  | —  | —  | — | — | — | D | — | — |
| C. Elisa   | »     | 29  | frenosi periodica | eccitamento   | —                   | —  | D  | D  | D  | D  | — | — | — | — | — | — |
| B. Maria   | »     | 29  | frenastenia       | eccit. lieve  | —                   | D  | D  | D  | D  | D  | D | D | D | — | — | — |
| T. Luigia  | »     | 34  | frenosi periodica | tranquilla    | —                   | —  | D  | D  | D  | D  | D | D | D | D | D | D |
| P. Imelde  | »     | 38  | frenosi periodica | eccit. lieve  | —                   | —  | D  | D  | D  | D  | D | D | D | D | D | — |
| S. Zita    | »     | 39  | frenosi periodica | eccitamento   | —                   | —  | D  | D  | D  | D  | D | D | — | — | — | — |
| S. Maria   | »     | 52  | demenza senile    | eccitamento   | —                   | —  | D  | D  | D  | D  | D | D | D | D | D | D |
| M. Regina  | »     | 60  | frenosi periodica | eccitamento   | —                   | D  | D  | D  | D  | D  | D | D | D | D | — | — |

durata media del sonno: ore 4.44'

# Tabella VI.

## Riassunto delle Osservazioni.

| MALATI        | Età | MALATTIA           | Stato attuale   | PRIMO GRUPPO                           |                      |                      |               |                      |                      | SECONDO GRUPPO                |              |                      |                      |                      |              |
|---------------|-----|--------------------|-----------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------|---------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|--------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------|
|               |     |                    |                 | Somministrazione di Edonale in polvere |                      |                      |               |                      |                      | Somm. di Edonale in soluzione |              |                      |                      |                      |              |
|               |     |                    |                 | dose gr. 1                             |                      |                      | dose gr. 1.50 |                      |                      | dose gr. 2                    |              |                      | dose gr. 1           |                      |              |
|               |     |                    |                 | Ore di sonno                           | 1. <sup>a</sup> Oss. | 2. <sup>a</sup> Oss. | Ore di sonno  | 1. <sup>a</sup> Oss. | 2. <sup>a</sup> Oss. | 3. <sup>a</sup> Oss.          | Ore di sonno | 1. <sup>a</sup> Oss. | 2. <sup>a</sup> Oss. | 3. <sup>a</sup> Oss. | Ore di sonno |
| C. Palma      | 16  | demenza precoce    | clamorosa       | 7                                      | 3                    | —                    | —             | —                    | —                    | —                             | —            | —                    | —                    | —                    | —            |
| C. Maria      | 22  | idiotia            | tranquilla      | —                                      | —                    | —                    | —             | —                    | —                    | —                             | —            | —                    | —                    | —                    | —            |
| A. Emilia     | 23  | frenosi periodica  | eccit. grave    | 0                                      | —                    | —                    | —             | —                    | —                    | —                             | —            | —                    | —                    | —                    | —            |
| L. Elisa      | 27  | frenosi isterica   | eccitamento     | 4                                      | —                    | —                    | —             | —                    | —                    | —                             | —            | —                    | —                    | —                    | —            |
| M. Teresa     | 27  | frenosi periodica  | idem            | 0                                      | —                    | —                    | —             | —                    | —                    | —                             | —            | —                    | —                    | —                    | —            |
| B. Maria      | 29  | frenastenia        | eccit. mediocre | 6                                      | —                    | —                    | —             | —                    | —                    | —                             | —            | —                    | —                    | —                    | —            |
| C. Elisa      | 29  | frenosi periodica  | eccitamento     | —                                      | —                    | —                    | —             | —                    | —                    | —                             | —            | —                    | —                    | —                    | —            |
| T. Luigia     | 34  | frenosi periodica  | tranquilla      | 2                                      | —                    | —                    | —             | —                    | —                    | —                             | —            | —                    | —                    | —                    | —            |
| R. Margherita | 35  | frenosi periodica  | eccitamento     | 6                                      | —                    | —                    | —             | —                    | —                    | —                             | —            | —                    | —                    | —                    | —            |
| R. Maria      | 37  | demenza            | eccit. lieve    | —                                      | —                    | —                    | —             | —                    | —                    | —                             | —            | —                    | —                    | —                    | —            |
| P. Imelde     | 38  | frenosi periodica  | eccit. mediocre | 6                                      | —                    | —                    | —             | —                    | —                    | —                             | —            | —                    | —                    | —                    | —            |
| S. Zita       | 39  | frenosi periodica  | eccitamento     | 8                                      | —                    | —                    | —             | —                    | —                    | —                             | —            | —                    | —                    | —                    | —            |
| V. Elisa      | 44  | demenza            | idem            | —                                      | —                    | —                    | —             | —                    | —                    | —                             | —            | —                    | —                    | —                    | —            |
| P. Teresa     | 47  | frenosi periodica  | idem            | —                                      | —                    | —                    | —             | —                    | —                    | —                             | —            | —                    | —                    | —                    | —            |
| S. Maria      | 52  | demenza senile     | eccit. mediocre | —                                      | —                    | —                    | —             | —                    | —                    | —                             | —            | —                    | —                    | —                    | —            |
| M. Cesira     | 54  | idiotia            | tranquilla      | 6                                      | —                    | —                    | —             | —                    | —                    | —                             | —            | —                    | —                    | —                    | —            |
| M. Regina     | 60  | frenosi periodica  | eccitamento     | —                                      | —                    | —                    | —             | —                    | —                    | —                             | —            | —                    | —                    | —                    | —            |
| F. Luigi      | 38  | demenza paralitica | confusionale    | —                                      | —                    | —                    | —             | —                    | —                    | —                             | —            | —                    | —                    | —                    | —            |
| D. Gaetano    | 45  | frenosi periodica  | eccitamento     | 4                                      | —                    | —                    | —             | —                    | —                    | —                             | —            | —                    | —                    | —                    | —            |
| C. Vincenzo   | 48  | frenosi periodica  | idem            | 3                                      | —                    | —                    | —             | —                    | —                    | —                             | —            | —                    | —                    | —                    | —            |
| G. Luigi      | 52  | frenosi periodica  | idem            | 3                                      | —                    | —                    | —             | —                    | —                    | —                             | —            | —                    | —                    | —                    | —            |
| N. Pietro     | 54  | frenosi periodica  | idem            | 2                                      | —                    | —                    | —             | —                    | —                    | —                             | —            | —                    | —                    | —                    | —            |
| M. Gabriele   | 76  | demenza senile     | depressione     | 3                                      | —                    | —                    | —             | —                    | —                    | —                             | —            | —                    | —                    | —                    | —            |

## **Sul tempo dell'accesso epilettico**

note del Dottor **Ruggiero Lambranzi**, aiuto.

Chi fra le notizie che corrono intorno a quel fenomeno meraviglioso che è l'accesso convulsivo nella sindrome della epilessia cerchi di trovarne una ampia e sicura, che l'informi sul tempo nel quale l'accesso sembri scoppiare con maggior frequenza, non ha modo di appagare del tutto la sua curiosità.

L'opera dei vecchi autori tace su questo punto e la ricca letteratura d'oggi pare a pena dimostrare che informarsi su l'ora propizia a l'insorgere della convulsione possa equivalere - rintracciando nel tempo un frammento di causalità - a indagare nel capitolo importante e complesso della etiologia. Eichhorst si limita a dire che: « in alcuni ammalati gli accessi insorgono solo di giorno, in altri di notte, per cui si è distinta l'epilessia diurna e notturna; ma non di rado avviene che variano a diverse ore del giorno (1) ». Hirt sembra non voler riconoscere alcun rapporto fra l'ora e l'insorgere delle crisi: « L'epoca degli attacchi - Egli dice - non ha nulla di determinato; si può dire che l'epilettico non presenta in tutta la sua vita un solo istante, durante il quale egli sia sicuramente al sicuro da l'attacco. È impossibile attribuire al giorno o a la notte una influenza qualunque sul ritorno degli attacchi.... (2) ». Gowers scrive: « Gli accessi epilettici sopraggiungono tanto che il paziente dorma, come se sia svegliato. Nell'uno e nell'altro caso o solo quando si è desti, gli accessi vengono il doppio di quando si dorme; di rado solo quando si sta per addormentarsi od a pena destati; di quando in quando solo di buon mattino. Quando si avevano accessi soltanto di notte ed ora se ne aggiungono anche di giorno, quelli notturni sogliono continuare; ma se gli accessi erano soltanto diurni e si fanno a colpire di notte, spesso allora cessano di giorno. Gli

---

1) Eichhorst. Trattato di Patologia e Terapia speciale. Trad. it., 1889. V. II, pag. 425.

2) Hirt. *Maladies du système nerveux*. Trad. fr., 1894, pag. 521-22.

accessi, che assalgono così di notte come di giorno indifferentemente, cessano di giorno spesso, ma di rado tacciono di notte e continuano di giorno (1) ». Qui - tra i periodi contorti della infelice traduzione italiana - si capisce che la lunga esperta osservazione tende a suggerire qualche legge schematica a l'eminente Autore. Ma anch'Egli non ci offre dati particolari; e notizie uguali o maggiormente laconiche ci dà - per quel poco ch'io so - quasi ogni altro autore da Charcot a Binswanger (2).

Fra i pochissimi che si sono occupati di qualche ricerca metodica in argomento, Ch. Féré (3) ha notato che gli accessi sono più numerosi di notte che di giorno e che i massimi di frequenza s'incontrano verso le 9 di sera e le 4 del mattino, ossia nelle ore che seguono l'andata a letto e precedono la levata degli infermi. Charon e Briche (4), dopo, hanno pure trovato che gli accessi sarebbero più numerosi di notte che di giorno e inoltre che si avrebbe un massimo progressivo - di giorno - nelle ore più lontane dai pasti e di solito un minimo nelle tre ore che sono più vicine.

L'anno passato, scorrendo il volume dell'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, che raccoglie molto di ciò che è stato scritto di patologia nervosa e mentale durante il 1899, ho avuto inoltre notizia di uno speciale studio di A. Pick (5), nel quale non si parla tuttavia che del tempo notturno degli accessi epilettici. Non ho avuto ventura di leggere il lavoro originale e però trascrivo qui alcuni periodi epicritici della recensione che vidi, poichè da quella trassi l'idea di fare io pure alcune ricerche:

« La frequenza degli accessi epilettici notturni incorre maggiormente nelle prime ore di sonno e nel sonno che precede il risveglio, ossia quando esso è più profondo, secondo appare da le

---

1) Gowers. Manuale delle malattie del sistema nervoso. Trad. it. 1894, V. III, pag. 170.

2) Binswanger. Die Epilepsie. Trattato di Nothnagel, 1899.

3) Ch. Féré. Les épilepsies et les épileptiques, Paris, 1890; *La médecine moderne*, 1897.

4) Charon et Briche. Recherches cliniques sur l'alcalinité du sang, ecc chez les épileptiques, *Archives de neurologie*, n. 24, 1897.

5) A. Pick. Ueber die Beziehungen des epileptischen Anfalles zum Schlaf. *Wiener med. Wochenschr.* No. 30.

esperienze fatte su la profondità. Durante la maggiore profondità si ha una esagerazione dello stato fisiologico di ischemia cerebrale, che accompagna il sonno; e l'A. crede che tale alterazione circolatoria possa costituire il momento causale della crisi epilettica notturna. Egli tuttavia avanzando questa ipotesi non vuole portare dati in appoggio a la teoria vaso-motoria della epilessia, poichè stima che a causa fondamentale dell'accesso stiano sempre fenomeni biochimici cellulari.... ».

∴

Per due mesi osservai 13 donne epilettiche, per un mese 6 uomini, nessuno era sottoposto a cura bromica; tutti avevano uguale vitto; uguale per tutti era l'ora della levata, le 6, l'ora dei pasti giornalieri, ore 7, 12, 18, l'ora del riposo, le 19.

Le mie osservazioni riguardano tanto gli accessi epilettici diurni quanto quelli notturni e per distinguere gli uni dagli altri in due categorie di tempo, le quali limitassero gli stati principalmente diversi della vita - la veglia e il sonno - calcolai il giorno di 14 ore, ossia dal momento in cui i soggetti si levavano a quello in cui andavano a letto e la notte di 10 ore. Durante il giorno tenni poi conto delle ore dei pasti, principale periodica occupazione degl'infermi e principale condizione del fluttuare della loro vita vegetativa. Nella notte tenni conto del periodo di sonno e, per giudicare esattamente di questo, dovetti stabilire anticipatamente e talora anche in seguito l'ora abituale d'addormentamento dei varî soggetti - al che giunsi per la diligenza del personale di sorveglianza.

La 1.<sup>a</sup> delle seguenti Tabelle indica il numero degli accessi epilettici avvenuti durante le ore di veglia, la 2.<sup>a</sup> il numero degli accessi avvenuti durante le ore di sonno.

# **Tabella 1.**

| Ore    | OSSERVAZIONI <sup>1)</sup> |    |     |    |   |    |     |      |    |   |    |     |      |     |    |     |      |       | Totale |
|--------|----------------------------|----|-----|----|---|----|-----|------|----|---|----|-----|------|-----|----|-----|------|-------|--------|
|        | I                          | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | XI | XII | XIII | XIV | XV | XVI | XVII | XVIII | XIX    |
| 6      | 1                          | 1  |     |    |   |    |     |      |    |   |    |     |      | 1   |    |     | 1    |       | 5      |
| 7      |                            |    |     | 2  | 1 | 1  | 1   |      |    |   | 1  |     |      | 1   | 2  | 1   |      |       | 8      |
| 8      | 3                          | 2  | 1   |    |   | 1  |     |      |    |   |    |     |      | 1   | 2  |     | 1    |       | 12     |
| 9      | 7                          | 1  | 2   | 2  | 1 | 1  | 1   |      | 1  |   | 1  |     |      | 1   |    |     |      |       | 17     |
| 10     | 3                          |    |     | 3  |   | 2  | 1   | 1    | 2  |   |    |     | 1    | 2   | 1  | 1   |      |       | 11     |
| 11     | 9                          |    | 1   |    |   | 1  |     |      |    |   |    |     | 1    | 2   |    |     |      |       | 20     |
| 12     |                            |    |     |    |   |    |     |      |    |   |    |     | 1    |     |    |     |      |       | 2      |
| 13     | 2                          |    |     |    |   | 1  |     |      |    |   |    |     | 1    | 1   | 1  | 1   | 1    |       | 7      |
| 14     | 1                          |    |     |    |   | 1  |     |      |    |   |    |     |      | 1   |    |     |      | 1     | 5      |
| 15     | 1                          |    | 1   | 1  |   | 3  |     |      | 2  |   |    |     |      | 1   | 2  | 2   | 2    | 1     | 12     |
| 16     |                            | 1  |     | 1  |   | 2  |     |      |    |   |    |     |      |     | 1  |     |      | 1     | 8      |
| 17     | 1                          |    |     |    |   |    |     |      |    |   |    |     |      | 2   |    |     |      |       | 2      |
| 18     |                            |    |     | 1  |   |    |     |      |    |   |    |     |      | 1   | 1  |     | 1    |       | 3      |
| 19     | 1                          |    |     |    |   |    |     |      |    |   |    |     |      | 1   |    |     |      |       | 4      |
| Totale | 29                         | 5  | 5   | 10 | 2 | 13 | 3   | 1    | 6  | 0 | 1  | 0   | 2    | 10  | 13 | 5   | 6    | 4     | 116    |

1) Le Oss. da I a XIII sono di donne. da XIV a XIX sono di uomini

Considerando a tratti ampi le cifre raccolte nella Tabella 1.<sup>a</sup> si può subito notare che su 116 accessi epilettici diurni insorti in un gruppo di 17 epilettici (poichè, su 19 soggetti, 2 non ne hanno presentato), la maggioranza si rileva evidentemente nelle ore del mattino. Infatti 75 accessi (il 64,65 0/10) incorrono da le ore 6 a le 12 e invece 41 (il 35,34 0/10) da le 13 a le 19; e tale differenza si nota pure in modo spiccato giudicando da ogni singola osservazione, poichè mentre 12 infermi presentano un numero maggiore di accessi antimeridiani, solo 4 (Oss. VI, XVI, XVII, XVIII) presentano un rapporto inverso ed uno (Oss. XIV) non mostra differenza. Del resto questo è il solo dato positivo - ammesso che abbia un valore - di questa parte delle ricerche; che se noi tentiamo l'indagine particolare rispetto a la frequenza dell'accesso in ognuna delle diverse ore del giorno, possiamo trovare bensì un numero totale massimo su le 11 ore ed altre cifre alte successivamente su le 9, le 15, le 10, ma non troviamo - come dianzi - un riscontro con l'osservazione individuale. Così per un infermo il numero maggiore cade su le 11 o su le 15, per un altro su le 8 o le 10 e così via, senza che su di tali ore si affermi una maggioranza degna di rilievo. Questo fatto toglie valore a le considerazioni che si volessero svolgere da l'esame delle sole cifre, che esprimono il numero totale degli accessi insorti in ogni singola ora e che - naturalmente - sembrerebbero dimostrare una speciale influenza di alcune di coteste ore su la determinazione delle crisi convulsive. Però è superfluo rilevare come le nostre cifre totali più alte si osservino principalmente nelle 3, 4 ore che seguono i pasti e ricercare se ciò avvenga per quelle influenze del mutevole chimismo gastrico e sanguigno, che la fisiologia c'insegna a valutare durante il lavoro progressivo della digestione.

Solo ricerderò che Charon e Briche hanno creduto di trovare che durante tale periodo il numero degli accessi convulsivi sia minore - un rapporto in gran parte (confr. specialmente le cifre degli accessi pomeridiani nella Tabella 1.<sup>a</sup>) contrario al nostro - ma poichè la loro statistica tiene appunto conto solo dei risultati generali e non di quelli individuali non può essere tenuta per sicura, ed il merito d'averla raccolta da ben 130 infermi epilettici potrebbe anche risolversi in una possibilità più ampia di errore.



**Tabella 2.<sup>a</sup>**

| Ore<br>di sonno  | OSSERVAZIONI <sup>(1)</sup> |           |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |           |          |          |          |          | Totale    |
|------------------|-----------------------------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
|                  | I                           | II        | III      | IV       | V        | VI       | VII      | VIII     | IX       | X        | XI       | XII      | XIII     | XIV      | XV        | XVI      | XVII     | XVIII    | XIX      |           |
| 1. <sup>a</sup>  | 1                           |           |          | 1        | 1        | 3        |          | 1        |          |          |          |          |          | 1        | 2         | 1        | 1        |          |          | 12        |
| 2. <sup>a</sup>  | 2                           | 4         | 1        |          | 2        |          |          | 1        | 2        |          |          |          |          | 1        |           |          |          |          |          | 13        |
| 3. <sup>a</sup>  |                             | 1         |          |          | 1        |          |          | 1        |          |          |          |          |          |          | 1         |          |          |          |          | 4         |
| 4. <sup>a</sup>  |                             | 1         |          |          |          | 1        |          | 1        |          | 1        |          |          |          |          | 2         | 1        |          |          |          | 7         |
| 5. <sup>a</sup>  |                             | 2         |          | 1        |          |          |          | 1        |          |          |          |          |          |          | 1         | 1        |          |          |          | 6         |
| 6. <sup>a</sup>  |                             |           | 1        | 1        | 2        | 1        |          |          | 1        |          |          | 1        |          |          | 1         |          |          |          |          | 8         |
| 7. <sup>a</sup>  | 2                           | 3         |          | 1        | 1        |          | 1        | 1        |          |          |          |          | 1        |          | 1         |          |          | 1        |          | 11        |
| 8. <sup>a</sup>  | 1                           | 1         |          |          |          |          |          | 1        | 1        |          | 1        |          |          |          | 1         | 1        |          |          |          | 7         |
| 9. <sup>a</sup>  | 1                           |           | 1        |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          | 1        | 1         | 1        |          |          |          | 5         |
| 10. <sup>a</sup> |                             |           |          |          |          |          |          |          | 2        |          |          |          |          |          |           |          |          |          |          | 2         |
| <b>Totale</b>    | <b>7</b>                    | <b>12</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>7</b> | <b>5</b> | <b>1</b> | <b>7</b> | <b>6</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>0</b> | <b>3</b> | <b>10</b> | <b>5</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>0</b> | <b>75</b> |

La Tabella 2.<sup>a</sup> mostra il numero degli accessi convulsivi avvenuti durante il sonno: anche qui su 19 individui, due non ne hanno presentato. Il numero totale degli accessi è di 75, ossia minore di 41 a quello degli accessi diurni (su un totale generale di 191 accessi si ha una proporzione del 60,75 0/10 durante la veglia e 39,32 0/10 durante il sonno) e però la differenza che ne risulta è inversa a quella trovata da Féré. Nè si può riferire questo fatto a l' avere noi riguardato come accessi notturni quelli soli avvenuti durante le 10 ore di sonno, poichè anche togliendo comechessia due delle prime o delle ultime ore che raccolgono gli accessi diurni e aggiungendole a quelle del sonno, al fine di comporre - come Féré - una notte di 12 ore, la differenza resterebbe, benchè lievemente diminuita.

Siccome è cognizione corrente che ci sono individui epilettici che possono presentare accessi solo o in prevalenza notturni ed altri solo o in prevalenza diurni (nelle nostre Oss. si rileva che su 19 epilettici: 11 hanno un numero maggiore di accessi diurni, 5 un numero maggiore di accessi notturni, 3 non presentano differenze), basterebbe pensare che nelle osservazioni di Féré il numero di questi ultimi infermi fosse stato minore, perchè si

1) Le Oss. da I a XIII sono di donne, da XIV a XIX sono di uomini.

potesse spiegare la differenza del suo risultato dal nostro e l'aver Egli potuto fruire d'un numero molto grande di soggetti indurrebbe in questo caso a porre maggior fiducia nelle sue che non nelle nostre cifre. Tuttavia non possiamo trascurare la frase di Gowers: « Gli accessi epilettici sopraggiungono tanto che il paziente dorma come se sia svegliato; nell'uno e nell'altro stato o solo quando si è desti gli accessi vengono il doppio di quando si dorme.... »; a chi sa quanto valga un giudizio di Gowers e di quanta illuminata osservazione esso sia frutto, non può parer strano se noi non rifiutiamo il risultato nostro che sembra confermare tale giudizio.

Nell'esame dei soli 75 accessi notturni osserviamo anche qui che il numero maggiore si ha nella prima metà della notte: 42 accessi (il 56, 010) da la 1.<sup>a</sup> a la 5.<sup>a</sup> ora di sonno e 33 (il 44 010) da la 6.<sup>a</sup> a la 10.<sup>a</sup>; la differenza non è tuttavia spiccata come quella che osservammo esistere fra le cifre della prima e della seconda parte del giorno ed è ugualmente od anche più mite quando la si osservi considerando le osservazioni singole, le quali appunto ci danno che su 17 individui, che hanno presentato accessi notturni, 9 presentano una maggioranza di accessi nella prima metà della notte, 7 nella 2.<sup>a</sup> metà, uno li presenta distribuiti ugualmente. Però sembra di poter dire che nell'insorgere delle convulsioni epilettiche durante il sonno non si nota preferenza per la prima parte della notte, almeno in quel grado che distingue così considerevolmente il numero degli accessi antimeridiani da quello dei pomeridiani.

I totali raccolti rispetto a le singole ore ci danno a vedere che le cifre più elevate delle crisi si hanno su la 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> e su la 6.<sup>a</sup> e 7.<sup>a</sup> ora di sonno e - ciò che più importa - i risultati parziali riguardanti ogni individuo confermano il risultato generale. Ma ora bisogna entrare un po' nei particolari della Tabella 2.<sup>a</sup> per esaminare la cosa al suo giusto valore. Distinguendo gl'infermi in tre categorie a seconda del numero degli accessi convulsivi da essi presentato, vediamo appunto che: di 6 infermi (Oss. I, II, V, VIII, IX, XV), che hanno avuto da 6 a 12 accessi notturni, il numero massimo di questi cade su la 1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup> ora in 5, in 1 (Oss. VIII) gli accessi sono distribuiti uniformemente su le prime cinque ore della notte; di 5 infermi (Oss. III, IV, VI, XIV,

XVI), che hanno presentato da 3 a 5 accessi, vediamo che in uno solo il numero massimo cade su la 1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup> ora (Oss. VI), ma degli altri 4 (che presentano gli accessi distribuiti in modo singolo nel corso delle ore di sonno) non ce n'è alcuno che non presenti una crisi in tale tempo, ed anzi l'infermo della Oss. XIV ne presenta una in entrambe le ore: di 6 infermi (Oss. VII, X, XI, XII, XVIII) che hanno presentato un solo accesso notturno, questo cade una sola volta nella 1.<sup>a</sup> ora.

E riguardo poi a le due ore 6.<sup>a</sup> e 7.<sup>a</sup> del sonno vediamo che: dei primi 6 infermi, ben 3 v'includono un numero di parossismi elevato e talora uguale a quello riscontrato dianzi (Oss. I, II, V), l'individuo della Oss. VIII - il quale non presenta altro che crisi isolate - ne ha pure una su la 8.<sup>a</sup> ora, ed in tale periodo ne hanno pure gli altri due (Oss. VI e XV), sebbene ne presentino un numero maggiore rispettivamente su la 10.<sup>a</sup> e 4.<sup>a</sup> ora; dei 5 infermi che hanno presentato da 3 a 5 accessi, ve ne sono 3 (Oss. III, IV, VI) che ne presentano - isolati o ravvicinati - in una od entrambe le ore; dei 6 infermi, che ne hanno presentati 1 solo, ve ne sono tre in cui l'accesso è insorto in questo spazio di tempo ed uno - come già s'è detto - l'ebbe su la 1.<sup>a</sup> ora.

Sicchè ne viene - tirando le somme - che su un totale di 75 accessi in 10 ore notturne, 25 (il 33, 33 0|0) sorgono su la 1.<sup>a</sup>-2.<sup>a</sup> ora di sonno, 19 (il 25, 33 0|0) su la 6.<sup>a</sup>-7.<sup>a</sup>; ossia in queste sole quattro ore si hanno 44 accessi (il 58, 66 0|0); inoltre si nota che la predilezione di queste ore speciali pel sorgere della crisi convulsiva è confermato validamente da l'osservazione individuale.

Quantunque noi nel distinguere gli accessi diurni dai notturni abbiamo tenuto conto dei due stati di veglia e di sonno e non di due spazi di tempo uguali di 12 ore l'uno, come ha fatto Féré, pure pensiamo di essere riusciti in un certo accordo con lui, almeno in ciò che riguarda il punto di maggior frequenza degli accessi convulsivi riscontrato nella prima parte della notte. Egli fissa quel punto a le ore 9 e noi - avvertendo adesso che il momento, nel quale la sorveglianza diretta indicava l'inizio del sonno nel più dei soggetti, cadeva intorno a le 19 1|4 - 19 3|4, veniamo a fissare tal punto circa a la medesima ora. Non vi ha che un divario e consiste in ciò che Féré indica in qualche modo le ore 21 come una condizione di tempo notturno propizia al

massimo sviluppo dei parossismi nella epilessia, noi invece non possiamo considerarla che come una condizione di tempo propizia a lo sviluppo dell'accesso nell'individuo epilettico, che si addormenti a le ore 19 1/4 - 19 3/4.

Il dato di fatto concorde deriva probabilmente da che le osservazioni di Féré sono state - come le nostre - raccolte nel Manicomio, dove si può stimare in genere che orari all'incirca uguali regolino la vita e le abitudini degli infermi. La mia interpretazione diversa deriva da l'aver raccolto le cifre degli accessi nel corso del sonno, da l'aver fissato - nel costruire la Tabella 2.<sup>a</sup> - le varie ore progressive di sonno dai momenti abituali d'addormentamento dei singoli individui (e sebbene i più s'addormentassero, come ho detto, fra le 19 1/4 e le 19 3/4, ve ne era alcuno la cui prima ora di sonno s'iniziava su le 19 1/2 - 20 1/4, Oss. IV, e su le 20, 20 1/2, Oss. V; due o tre infermi che non avevano dimostrato una regola nell'ora d'addormentarsi sono stati trascurati nella compilazione delle tabelle) e da l'aver, quando mi è stato possibile, tenuto conto in una stessa sera e dell'ora d'addormentamento e dell'ora dell'accesso notturno e, solo a seconda della prima, segnato negli appunti la seconda.

Da questo modo d'osservazione è scaturita invece senz'altro una conferma a ciò che A. Pick - per via di pratica o d'esperimento - annunziava nel suo recente articolo: gli accessi epilettici notturni sono più frequenti nei due periodi di maggiore profondità del sonno, su le prime ore e verso il mattino. Sappiamo infatti - per diversi studi (1) - che la curva della profondità del

---

1) E. Kohlschütter, Messungen der Festigkeit des Schlafes. *Zeitschr. f. rat. Med.* 1863; O. Mönninghoff und F. Piesbergen, Messungen über die Tiefe des Schlafes. *Zeitschr. f. Biologie*, 1883; Czerny, Physiologische Untersuchungen über den Schlaf. *Jahrb. f. Kinderheilkunde*, 1891; E. Michelson, Untersuchungen über die Tiefe des Schlafes. *Psychologische Arbeiten*, 1897 (Dissert. Dorpat, 1891); R. Lambranzi, su la profondità del sonno, *Rivista di Scienze Biologiche*, F. 6, 7, 1900, *Atti dell'Accademia di Scienze Mediche e Naturali di Ferrara*, F. 3, 4, 1900.

È da notare che la 2.<sup>a</sup> elevazione della curva del sonno è stata osservata nel maggior numero delle esperienze di Mönninghoff e Piesbergen, di Czerny e di Lambranzi, nel minor numero di quelle di Michelson, in nessuna di quelle di Kohlschütter; la 1.<sup>a</sup> è stata osservata quasi costantemente da tutti gli A. A.

sonno fisiologico segna in modo costante una prima massima elevazione dopo un'ora a un'ora e mezzo da che un individuo s'è addormentato, ed una seconda massima elevazione - meno costante nel tempo e nelle sue modalità - di solito su la sesta ora di sonno. Mettendo in rapporto con questa conoscenza i dati generali e particolari riuniti nella nostra Tabella 2.<sup>a</sup> vediamo appunto che i più degli accessi convulsivi sono insorti in tali periodi di tempo.

Mi par giusto che l'evidenza della cosa induca a pensare che ora, invece di una coincidenza casuale, abbiamo incontrato un fenomeno di causalità. E certo è una simile riflessione che ha fatto ricercare al Pick se uno dei fatti fisiologici più noti, che s'accompagnano al sonno e che aumenta in ragione diretta della profondità di esso - voglio dire l'ischemia cerebrale - potesse essere invocato nella genesi della maggior frequenza dell'accesso nelle speciali ore notturne. Pick conclude affermativamente, ma senza volere con ciò recare un eventuale appoggio a la teoria vaso-motoria del mal comiziale, poichè l'ischemia del cervello non avrebbe valore per lui altro che di causa occasionale e la causa intima dell'accesso sarebbe sempre da ricercare in alterazioni biochimiche della cellula nervosa.

Pur non conoscendo gli argomenti addotti dall'Autore, facciamo volentieri nostra quella parte della sua conclusione che allontana dal concetto di rinnovellare la teoria vaso-motoria della epilessia, ma ci è d'uopo soggiungere che noi non avremmo neppure avanzato l'ipotesi, che offre pretesto a discuterla, quella cioè della ischemia cerebrale cagionante la frequenza delle crisi convulsive notturne, poichè essa ci sembra destinata a cadere. E ciò perchè, sebbene vediamo collimare le cifre più alte degli attacchi convulsivi con i periodi più alti della curva del sonno - sicchè ci seduca l'idea di stabilire un rapporto di effetto e di causa fra i due fatti - noi abbiamo osservato e sostenuto altrove come nella genesi di tali periodi entrino il più delle volte elementi del tutto diversi e come la loro interpretazione debba essere però anche diversa. Durante il primo esistono le condizioni fisiologiche per la genesi della profondità massima del sonno - e fra le tante oscure, quella nota della massima ischemia cerebrale -; nel 2.<sup>o</sup> tali condizioni non sogliono esistere che nel

grado utile a la genesi del sonno leggero - e però tenue è l'ischemia cerebrale - ma esiste insieme l'attitudine al lavoro cerebrale attivo del sogno e però a lo sviamento dell'attenzione onirica da l'eccitazione degli stimoli di risveglio; pertanto il primo segna il vero e proprio aumento massimo della profondità del sonno, il secondo non suol segnare che un aumento virtuale (1).

Ciò posto si capisce come, attribuendo a l'ischemia cerebrale esagerata la causa dell'irrompere prevalente delle crisi su la prima, seconda e su la sesta, settima ora del sonno, si avanzi una ipotesi la quale - dato che servisse a spiegare il fenomeno - lo spiegherebbe solo nel primo tempo. Ma di più sapendo che le immagini del sogno agiscono come stimoli interni e provocano intermittenti afflussi di sangue al cervello (Mosso), siamo anche costretti ad osservare che durante il secondo periodo le crisi si producono frequenti con condizioni di circolo le quali - già diverse per grado - tendono a divenire opposte; e però l'ipotesi non ispiega più nulla, perchè altrimenti dovremmo ammettere due cause contraddittorie per due gruppi di effetti uguali.

Se per altra via tentiamo di risolvere il fondamento del rapporto eventuale fra elevazione della curva del sonno e maggiore convulsività notturna, ci si para subito innanzi - in mezzo ad un deserto di argomenti - la questione della importanza dell'attività del sogno su lo sviluppo dell'accesso epilettico notturno, illustrata da Echeverria, da Féré e da altri.

Echeverria (2) ed anche Féré (3) affermano infatti che l'esplosione di esso sia determinata da le allucinazioni del sogno, De Sanctis (4) pensa che negli epilettici i sogni favoriscano il parossisma. In quanto a considerare tale fatto come assoluto, come causa esclusiva della crisi notturna - secondo forse la tendenza dei primi Autori - si oppone senza indugio il fatto che, mentre si hanno ragioni per credere che l'attività sognante sia

---

1) *Atti dell'Accademia di Scienze Mediche e Naturali di Ferrara*, F. 3, 4, pag. 195-199.

2) Echeverria. De l'épilepsie nocturne. *Annales Médico-psychologiques*, 1879.

3) Féré. Les rêves d'accès chez les épileptiques. *La médecine moderne*, Decembre 1897.

4) De Sanctis. I sogni, Torino, 1899.

spenta o ridotta al minimo nel periodo di maggior profondità del sonno (Heerwagen, Whiton Calkins, ecc.), noi vediamo insorgere in tale periodo le crisi numerose più che mai; resta invece la possibilità palese di tale influenza nel secondo periodo di maggior elevazione della curva del sonno — dove il lavoro della psiche onirica suol essere assai vivace — ma evidentemente tale influenza non può essere intesa altro che nel senso di favorire lo scoppio dell'accesso notturno, poichè per darle valore di causa unica determinante bisognerebbe ammettere il paradosso che le crisi delle prime ore non avessero cause. Inoltre siccome De Sanctis stesso dice che la copia e la frequenza dei sogni aumentano in principio della malattia e diminuiscono in progresso di tempo, onde l'epilettico che da molti anni è convulsionario non risente più impressione di quanto accade nella sua vita onirica, è d'uopo soggiungere che anche questo concetto di favorire la crisi riferito al sogno, debba essere invocato solo per qualche caso particolare e debba acquistare un senso assai ristretto applicandolo a soggetti come i nostri, i quali - come quasi tutti quelli raccolti nei Manicomî - sono infermi da molto tempo.

Pertanto rispetto a la ragione della frequenza delle crisi così durante la 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> come durante la 6.<sup>a</sup> e 7.<sup>a</sup> ora di sonno, il problema rimane sempre oscuro; e noi non vogliamo andare più in là della constatazione dei fatti. Solo pensando che ripugna a la logica porre due ipotesi diverse per ispiegarli (al che bisognerebbe giungere, dando assoluta importanza a le due diverse condizioni di sonno in cui si sviluppano le crisi) e conoscendo invece l'unicità della causa fondamentale della epilessia racchiusa tutta, secondo le attuali dottrine, nelle intime alterazioni del ricambio, siamo inclinati a credere che principalmente per essa sola avvengano i due ordini di fenomeni uguali ed a le oscillazioni ed al ritmo della stessa causa corrispondano le oscillazioni ed il ritmo notturno degli accessi convulsivi.

Riunendo i fatti osservati e la sintesi dei brevi commenti, possiamo formulare - con tutta la riserva che c'impone il loro modesto valore e il piccolo numero dei nostri soggetti di studio - le seguenti conclusioni:

Negli individui epilettici, che hanno accessi durante la veglia e durante il sonno, il numero dei primi è maggiore di quello dei secondi; gli accessi della veglia sono notevolmente più numerosi nelle ore antimeridiane;

non sembra che nell'insorgere degli accessi alcuna singola ora diurna eserciti una speciale influenza;

gli accessi notturni sembrano essere di poco più numerosi nella prima metà della notte;

essi insorgono con maggior frequenza durante un primo periodo formato da la prima e da la seconda ora di sonno e durante un secondo periodo formato da la sesta e settima ora;

sembra che tali ore spieghino una qualche influenza favorevole nella determinazione dell'accesso, ma le cause di tale influenza sfuggono in gran parte a l'indagine.

---

### **Ancora sulla psichiatria del Wernicke (1)**

del Dott. **Jacopo Firzi**

Quali siano i caratteri generici della psichiatria del Wernicke e che posto essa occupi di fronte alle altre scuole psichiatriche noi non abbiamo detto. Ma sopra tutto non abbiamo detto fino a che punto la parte speciale svolta dal Wernicke illumini i rimanenti domini della psichiatria.

Non vogliamo qui tornare sull'analisi fatta: le conclusioni a cui siamo arrivati ci serviranno come punto di partenza.

La psichiatria del Wernicke è una psichiatria scientifica: perchè parte da postulati, che la scienza ufficiale ha già ammessi, o, in massima, accetta; perchè con questi illumina sotto nuova luce e conferma fatti noti, da cui sviluppa fatti e pensieri nuovi; perchè non porta mai nelle deduzioni elementi non contenuti nei principî fondamentali, nè con le induzioni li oltrepassa; perchè non ha pretese pratiche superiori alle possibilità teoriche obbiettivamente dimostrate.

Se questi caratteri bastano a definire un'opera come scientifica, non cade dubbio sull'opera del Wernicke.

---

1) V. Questo Bollettino 1900, Annata XXVIII, fas. 4. pag. 151.



Questi medesimi caratteri, salvo una maggiore o minore originalità di punti di partenza, e un maggiore o minore rigore logico di svolgimento, hanno portato tutte quelle dottrine psichiatriche che hanno rappresentato scuole scientifiche di psichiatria. Risalendo indietro coi tempi, noi vediamo Meynert sviluppare una psichiatria sui principî acquisiti dalla anatomia e fisiologia cerebrale dei suoi tempi riguardo alle fibre di associazione e alle funzioni dei lobi frontali; Arndt ordinare le psicosi in poche forme e in molti stadî secondo le leggi che il Pflüger aveva dimostrate per la stimolazione dei nervi; Griesinger applicare nell'interpretazione delle psicosi i concetti dell'eccitamento e paralisi tolti dalla fisiologia del sistema nervoso; Morel fare perno della psichiatria il concetto scientifico dell'eredità e della degenerazione. Ai tempi nostri Flechsig adatta le frenosi ad una novissima frenologia; Lombroso all'antropologia.

A tutte queste scuole la psichiatria deve moltissimo: ciascuna porta l'analisi in un campo suo proprio e più o meno nuovo: ciascuna rivela o stabilisce rapporti fra la clinica psichiatrica ed una scienza affine, ausiliaria. Ma è destino di tutte le psichiatrie scientifiche di essere unilaterali? O è l'epiteto di scientifiche dato a torto a così fatte dottrine psichiatriche?

Nell'uno e nell'altro caso, noi potremo logicamente domandarci se oggi generalmente sia possibile una psichiatria scientifica.

Il Wernicke dice di aver fondata la trattazione della sua psichiatria su cinquemila storie cliniche di malati (1). Ciò è come dire che per costruire un edificio sono state adoperate cinquemila pietre, il che ha un rapporto molto lontano, dato che ne abbia alcuno, col disegno e col piano dell'edificio. Tanto più che nell'edificio del Wernicke una quantità di linee, di archi e di vani sono indicati nel disegno prestabilito, ma solo accennati, incominciati, e lasciati in parte o in tutto vuoti nello sviluppo della trattazione. Dunque le 5000 storie cliniche sono analizzate e aggruppate secondo un criterio preordinato, e non già prese come tali e studiate senza alcun preconetto, lasciando che il disegno di aggruppamento venisse come conseguenza e come risultato di questo studio.

---

1) Grundzüge, pag. 559.

Perchè altro è avere uno scopo da raggiungere, un metodo preciso da seguire, un ordine prestabilito di ricerche da tentare, altro è anticipare la conclusione generica alla cui dimostrazione debbono servire il metodo e le ricerche. Siamo qui di fronte alla differenza essenziale fra deduzione e induzione.

Ora nella scienza i progressi si fanno in profondità e in estensione: ai primi serve più la deduzione, ai secondi l'induzione. Ambedue le vie possono essere rigorosamente scientifiche; ma in generale il misoneismo e l'educazione e certi vizî intellettuali d'abito e d'eredità fanno sì che si accettino più facilmente i progressi in profondità che quelli in estensione e quindi si applichi con maggior larghezza l'epiteto di scientifica ad una ricerca deduttiva piuttosto che ad una induttiva.

C'è però un vantaggio incontrastato dal punto di vista storico nello sfruttare un'ipotesi o un principio acquisito fino alle sue ultime conseguenze. E ciò ha fatto il Wernicke. Egli ha posto completamente in evidenza fino a che punto nello studio delle malattie mentali può servire la fisiopatologia sperimentale del cervello.

Ma senza il preconetto e la fede che tal mezzo possenga un valore assoluto e infinito, non si arriverebbe a questo sfruttamento completo. Gli è come se, rivelandoci la scienza ad una ad una successivamente le varie sfumature di luce contenute nello spettro, noi volessimo studiare l'universo illuminato solo da una luce, quella che ha l'ultimo colore scoperto: per vedere fino a che punto serve quel colore occorrerebbe astrarre a tutti gli altri e dai miscugli di altri, e per non comprendere l'inutilità di così grande lavoro, cioè per non fermarsi là dove la logica lo esigerebbe, bisogna nell'entusiasmo per la nuova luce scoperta, credere che questa possa illuminare tutto completamente. E in realtà essa illumina tutto, ma dà a tutto il suo proprio colore, e solo quelle parte della realtà che riflette lo stesso colore sarebbe vista nel suo vero essere.

Così successivamente si studiano le malattie mentali con metodo eziologico, patogenetico, sintomatologico, anatomopatologico, clinico, tecnico, giuridico, credendo con ciascuno di studiare tutto nelle malattie mentali, in realtà studiando la loro eziologia, patogenesi, sintomatologia, ecc. Io non voglio dire che il lato clinico sia più importante degli altri, sebbene ciò possa sembrare

a prima vista. Lo studio dell'aggruppamento e successione dei sintomi, cioè del modo di iniziarsi, decorrere e terminare delle malattie, è il più importante di tutti per la pratica medica, per la prognosi, ma non per la psichiatria come scienza naturale, per la quale non esiste gerarchia fra le scienze che la compongono. Certo invece, che quando noi parliamo di classificazione delle malattie mentali, non potremo ricorrere che al metodo clinico, se noi classificheremo i sintomi, le cause, le lesioni, e non le malattie.

Il Wernicke prende in mano la fiaccola della fisiopatologia cerebrale e ne ritrae da essa illuminata la psichiatria.

« La dottrina dell'afasia e le esperienze del Munk ci conducono, dice il Wernicke, con l'esattezza dei loro dati al di là di quanto si poteva sperare per una psicologia scientifica (*naturwissenschaftliche Psychologie*) (1). E anche la psichiatria, che da quasi cent'anni non faceva che progressi empirici e pratici (2), entra con l'aiuto della moderna fisiologia cerebrale (3) nella sua fase scientifica ».

A che cosa riesca con ciò il Wernicke noi l'abbiamo già visto nell'analisi fatta. Egli ci dà le *Allopsicosi* (allucinosi acute e croniche, deliri alcoolici, paralitici ed epilettici; deliri di spiegazione allopsichici): le *Somatopsicosi* (psicosi ansiose (4), psicosi ipocondriache) e *Psicosi motorie* (ipercinetiche, acinetiche e paracinetiche): le *Autopsicosi* (traumatiche acute e croniche, espansive paralitiche, ebefreniche, psicosi a idee fisse, isterismo, pazzia morale, forme epilettiche, mania, melancolia affettiva, confusione, paranoia originaria, ebefrenia, presbiofrenia, psicosi polineuritica (5) demenza senile).

1) Ueber den wissenschaftlichen Standpunkt in der Psychiatrie. Cassel 1880 pag. 11.

2) Ibidem, pag. 12.

3) Ibidem, pag. 13.

4) Le psicosi ansiose del Wernicke, da quanto egli svolge nelle sue *Krankenvorstellungen*, quando non fanno parte di una paralisi progressiva, di una psicosi ciclica motoria, o di una psicosi ebefrenica, corrispondono molto esattamente per tutti i loro caratteri alla melancolia come malattia d'involuzione del Kraepelin.

5) Perché distingue il Wernicke la presbiofrenia dalla psicosi polineuritica, dal momento che non c'è altra differenza che la causa, e non ce n'è nessuna nella sintomatologia e nella prognosi, potendo la polineuritica mancare sempre?

È il criterio della sede del sintoma nell'organo della coscienza: sede, sintoma e organo ben poco noti nel loro essere. Il sintoma è la seiunzione: l'organo è l'inestricabile viluppo di fibre e di cellule costituenti la corteccia cerebrale.

Ora il principio della seiunzione è una di quelle ipotesi che non possono mai essere dimostrate in modo diretto, che si prestano solo all'espressione verbale dei fenomeni, e che i logici chiamano finzioni rappresentative. Per conseguenza il fatto che ad essa si possono ricondurre tutti i fenomeni psicopatici non può nè confermarla nè smentirla, nè accresce nè diminuisce il suo valore, perchè essa non è in nessun caso un assurdo logico, ma nemmeno potrà essere ricondotta ad un fatto obbiettivo.

E pure una finzione schematica è la sede, giacchè si tratta di una localizzazione virtuale, rispondente solo ad una costruzione su dati eiettivi dell'attività psichica. Ammesso adunque che il meccanismo psicogenetico dei sintomi giustifichi il criterio del Wernicke, esso riesce unicamente a dimostrare ed analizzare i sintomi autopsichici, somatopsichici e allopsichici nelle diverse malattie mentali. Anche quel tanto di pensiero aratomico entra qui come assito da distruggere dopo la costruzione.

∴

L'anatomia patologica ha già detto le sue prime parole in psichiatria; ma costruire una intera psichiatria su quei primi dati sarebbe forse pericoloso quanto l'averla costruita nel 1880 sui dati della fisiologia cerebrale. Non sarebbe difficile però, distinguendo le lesioni corticali delle cellule, delle fibre e delle glia, e nelle prime le lesioni riparabili dalle definitive, costruire uno schema a cui ricondurre, in parte per dimostrazione in parte per ipotesi, tutte le malattie mentali. E questa avrebbe tutta l'aria di una psichiatria scientifica. Wernicke stesso nell'espore succintamente i primi risultati complessivi (1) di questi studi, mostra la tendenza ad aggruppamenti sistematici: ma si arresta dinanzi al fatto non tanto dell'insufficienza dei dati, quanto della scarsa corrispondenza o meglio del rapporto molto complesso fra lesioni e sindromi. È lo stesso argomento che gli fa escludere qualunque criterio eziologico nell'aggruppamento delle psicosi: argomento

---

1) Grundzüge, pag. 561-567.

che perde ogni valore per il Wernicke quando si tratta del criterio sintomatologico. Eppure l'argomento è identico.

Si trovano lesioni anatomiche simili in malattie eziologicamente e sintomatologicamente diverse; lesioni anatomiche differenti in psicosi eziologicamente uguali. Solo si suppongono lesioni a sede uguale in psicosi sintomatologicamente uguali.

Si hanno cause uguali per psicosi sintomatologicamente ed anatomo-patologicamente diverse; cause differenti per psicosi sintomatologicamente e anatomo-patologicamente uguali.

Si hanno sintomi uguali per psicosi eziologicamente ed anatomo-patologicamente diverse e sintomi diversi per psicosi eziologicamente ed anatomo-patologicamente uguali.

Se la prima e la seconda affermazione valgono ad escludere rispettivamente il criterio anatomo-patologico ed eziologico dalla classificazione delle malattie mentali, la terza vale per l'identica ragione ad escludere il criterio sintomatologico.

L'aggruppamento che deriverebbe dalle nozioni anatomo-patologiche d'oggi avrebbe però dei vantaggi su quello sintomatologico, in quanto che s'accosterebbe un poco di più ai quadri delle psicosi ordinati sia secondo le loro cause, sia secondo il decorso ed esito.

La paralisi progressiva, punto di partenza e termine di confronto in una tale classificazione, presenta dall'inizio lesioni delle cellule e delle fibre corticali e lesioni della glia.

Ma lesioni perfettamente analoghe sembra presentino le psicosi alcoliche, senili ed epilettiche non appena esse hanno dato luogo a sintomi definitivi di involuzione psichica. Si può con fondamento ammettere, dice il Wernicke, che le psicosi senili, alcoliche ed epilettiche, quando danno solo sintomi acuti e guaribili, presentino solo un'alterazione delle cellule e non delle fibre. L'Alzheimer ha visto, studiando le psicosi acute da infezioni, che in alcuni casi di affezione cellulare anche la glia si ammala presto, in altri casi no. Sembra che questi ultimi rappresentino le forme più lievi.

Collegando questi dati, dice il Wernicke, è facile il pensiero che anche quelle altre malattie, che, oltre alla paralisi progressiva, portano ad involuzione psichica rapida, debbano appartenere a lesioni cellulari che hanno un'azione irritante sulla glia.

Un altro capitolo di psichiatria che illumina il problema generico dell'anatomia patologica delle malattie mentali è quello della malattia del Korsakow.

Nella così detta psicosi polineuritica può mancare la partecipazione del sistema nervoso periferico senza che per questo sia minimamente modificato il quadro della psicosi. Cosicché la lesione corticale in rapporto con la polineurite può essere considerata come malattia a sè. Tanto più che abbiamo la sindrome detta dal Wernicke « Presbiefrenia » identica, psicologicamente, alla psicosi polineuritica. Le psicosi tossiche da piombo, da alcool, quelle svolte su terreno tubercolare e la frequenza della tubercolosi negli ascendenti dei pazzi sono fatti che fanno pensare ad altri rapporti fra polineurite e psicosi. E siccome il processo paralitico, quando è a un certo grado di evoluzione, trae nella corteccia i segni della neurite degenerativa, così dobbiamo ammettere una perfetta analogia di patogenesi nell'azione sul sistema nervoso periferico e sulla corteccia dell'alcool, sifilide, tubercolosi. E quanto alla sede, si potrà in ogni caso ammettere, dice il Wernicke, che indipendentemente dalla natura diversa, a sintomi identici corrisponderà lesione in identica sede.

Quanto alle psicosi acutissime, febbrili, spesso mortali, il fatto che tutta la loro sintomatologia e il loro esito non trovano substrato anatomico in nessun organo, fa pensare che il cervello sia l'unico punto di partenza di tutti i sintomi clinici. Cramer, Alzheimer ed altri ne hanno data la dimostrazione. In tutti i casi studiati fin ora si son trovate lesioni profonde delle cellule e delle fibre.

Psicosi funzionali noi non abbiamo il diritto di ammetterne, per quanto il Wernicke dica che con tal nome debbono indicarsi quelle in cui si presentano mutamenti rapidissimi nei sintomi. Se noi dell'isterismo ad es. non conosciamo affatto alcun substrato anatomico, noi abbiamo la certezza logica relativa, una certezza scientifica, che il substrato ha da esistere e che si conoscerà col tempo.

Ora noi vediamo che questi pochissimi dati ci fanno intravedere un possibile aggruppamento delle psicosi acute guaribili, delle forme acute tendenti facilmente a cronicità, e delle forme croniche involutive genuine. Ecco già l'abbozzo di uno schema

essenzialmente diverso da quello suggerito dal criterio sintomatologico, sebbene di valore scientifico equivalente.

..

L'aggruppamento eziologico presenta, pensa, e giustamente, il Wernicke, delle difficoltà e delle contraddizioni enormi. Si è creato ad es. da alcuni un gruppo di « psicosi da esaurimento » che non hanno affatto caratteri clinici ben definiti. Si può dire in un certo senso che gran parte delle psicosi acute sono psicosi da esaurimento, perchè come causa ultima e occasione determinante di moltissime di esse noi troviamo dei momenti debilitanti, delle condizioni morbose che in breve tempo abbassano lo stato di nutrizione generale. « Le trattazioni monografiche dei singoli gruppi di psicosi legate ad infezioni acute, emorragie, antointossicazioni, allattamento ecc., hanno già dimostrato come sarebbe del tutto erroneo il voler stabilire un rapporto determinato qualunque fra la malattia organica primitiva e la psicosi che ne è la conseguenza » (1).

E poi, come si potrebbero aggruppare le forme in rapporto all'altra categoria di cause, sempre presenti in questi casi, rappresentate dalla disposizione congenita o ereditata e dalla disposizione acquisita?

Finalmente, come si potrebbe far risaltare nei casi acuti e cronici il terzo gruppo di cause rappresentato dai periodi fisiologici della pubertà, climaterio e senilità?

Però è vero che esistono molte psicosi a eziologia relativamente semplice e costante, nelle quali per lo meno si può rilevare l'azione prevalente e dominante di una causa sulle altre. È così che si potrebbe tentare una sistemazione.

Le psicosi tossiche, per quanto differenti nei sintomi, presentano tutte analogie di decorso. Le psicosi in cui predomina la disposizione ereditata e congenita, le così dette forme degenerative, hanno pure reciproci contatti clinici innegabili. Aggruppare insieme fra loro le psicosi ebefreniche, le climateriche e le senili non è pure illogico come può sembrare a prima vista, perchè con questi epiteti si verrebbe naturalmente a limitare il concetto clinico e sintomatologico, riferendolo a determinata eziologia.

---

1 Grundzüge, pag. 500-501.

Ora non è chi non veda che, per quanto rudimentale, questo schema, già più sviluppato che l'anatomo-patologico, ha con quest'ultimo maggiori corrispondenze che con lo schema sintomatologico, e, dal punto di vista scientifico, può dar luogo ad una psichiatria sistematica pressochè completa.

∴

Al pari della anatomia patologica e della eziologia, la parte clinica nella psichiatria del Wernicke non è svolta sistematicamente, non solo: essa si aggiunge alla sintomatologia come appendice secondaria. Il Wernicke si guarda bene dal fare rilevare il contrasto che risalta evidente dalla lettura del suo trattato. Le induzioni cliniche sono addotte, e spesso in modo magistrale, senza una parola che le riferisca alle deduzioni sintomatologiche, senza il minimo accenno alle tre coscienze, allo schema; al più qualche rara volta vi si ricorda il processo di seiunzione. Gli è che due metodi assolutamente diversi hanno condotto uno alla sintomatologia, l'altro alla clinica; due metodi, che, come tali, non hanno alcun rapporto reciproco. Il tratto d'unione, che è insieme il muro divisorio, sta nel capitolo dove il Wernicke dice che nei malati ben di rado s'incontrano quelle che egli chiama psicosi fondamentali, ma bensì soltanto, o quasi, psicosi miste e psicosi composte. Il che in altre parole vuol dire che nei quattro quinti del voluminoso trattato non si è svolta che della sintomatologia psichiatrica e null' altro, il che significa ancora che il disegno prestabilito non serve affatto ad una psichiatria in quanto che di tutte le branche, solo una se ne può giovare con profitto.

Prendendo a criterio per lo studio delle psicosi il loro decorso e il loro esito, noi abbiamo innanzi tutto da distinguere le psicosi acute e le psicosi croniche. Soltanto bisogna tener conto degli episodi acuti che compaiono nelle forme croniche; dei tipi periodici e recidivanti, che non possono essere considerati come cronici, delle forme intermedie da definirsi come subacute, e delle acutissime, che in poche ore raggiungono l'acme.

In tutte queste psicosi noi distingueremo col Wernicke la intensità e il numero dei sintomi, che rappresenteranno due curve: la curva intensiva e la curva estensiva della malattia. Una terza curva, quella del peso corporeo, come l'esperienza insegna,



completerà lo schema, che può servire a definire una malattia mentale nel suo decorso.

Tutte le varietà di decorsi, continui, ascendenti, remittenti, intermittenti, ricorrenti, cumulativi, sostitutivi ecc., risulteranno illustrati dall'insieme delle tre dette curve.

La curva del peso corporeo si sa quale enorme importanza ha nelle psicosi acute e quante corrispondenze sono state scoperte fra di essa e l'andamento dei sintomi psichici anche nelle psicosi periodiche, da involuzione ecc. Per dare un esempio di curve intensive ed estensive, vediamo l'accesso maniaco e l'accesso di depressione presentare dal principio alla fine presso che lo stesso numero di sintomi, solo in diverso grado di intensità. Così per queste psicosi la curva estensiva è un'orizzontale; basta una curva intensiva a definire il decorso. Il contrario avviene per certe forme croniche, in cui di quando in quando sintomi nuovi compaiono e sintomi vecchi spariscono, mentre la loro intensità, cioè la reazione affettiva da essi prodotta, è sempre la medesima. Per la maggior parte delle psicosi però tutte e due le curve sono necessarie.

Ora non è chi non veda in questo abbozzo di studio sistematico sul decorso delle psicosi un tentativo molto opportuno di schematizzazione di ciò che si è sempre chiamato studio clinico. Ma lo schema è completato dal Wernicke con gli accenni che egli fa nella Lez. XL del trattato agli esiti delle psicosi.

Questi si possono ridurre a pochi e in rapporto con essi abbiamo: psicosi acute mortali, psicosi acute completamente guaribili, psicosi terminanti in uno stato paranoico, psicosi terminanti in demenza.

La demenza, dice il Wernicke, non è sempre la conseguenza di malattia mentale.

Anche senza toccare della demenza congenita, che noi soliamo chiamare idiozia, semi idiozia, e imbecillità, alle volte si ha una demenza che si sviluppa a poco a poco senza che alcuna psicosi la giustifichi, così ad es. in casi di traumi al capo e in casi di grave disposizione, nei quali cause inavvertite (leggeri traumi, pubertà ecc.) portano uno speciale indebolimento mentale.

Le demenze però si possono distinguere le une dalle altre per molti caratteri sintomatici: così, dice il Wernicke, abbia-

mo la demenza paralitica, la postapoplettica, l'epilettica, l'alcoolistica, l'ebefrenica e la senile.

∴

Per quanto dicemmo nell' articolo precedente e al principio di questo, risulta come provvisoriamente ammesso: 1) che è possibile una sintomatologia scientifica delle malattie mentali: 2) che la trattazione del Wernicke è essenzialmente una sintomatologia, e, come tale, può chiamarsi scientifica. Siamo noi in grado di rispondere alla domanda se è possibile oggi in generale una psichiatria scientifica?

Le singole branche della psichiatria danno veramente assai scarse e incerte conclusioni, troppo poche e troppo poco controllate dallo sperimento perchè esse permettano conclusioni e sintesi generali. Però non possiamo negare che, se noi abbiām creduto di ammettere una sintomatologia scientifica, saremmo illogici se non ammettessimo anche una eziologia e una clinica scientifiche. E anche l'anatomia patologica, per quanto appena abbozzata, trae tanto di obbiettività nei suoi dati, da essere messa a fianco delle altre scienze costituenti la psichiatria. Si tratta solo di un grado di sviluppo maggiore o minore: in questo senso possiamo dire soltanto che la sintomatologia, essendo la più avanzata, permette una costruzione sistematica più vasta.

Se noi cerchiamo fra i risultati delle singole branche della psichiatria le concordanze, noi avremo un argomento logico per accrescere il valore obbiettivo di una conclusione parziale che trovi conferma dai diversi punti di vista.

Ora, rappresentandoci schematicamente gli ordini di idee sviluppate dai criteri anatomico, eziologico e clinico, è facile vedere che, se nelle linee generali le concordanze sono assai scarse, nei particolari, nei piccoli gruppi, queste concordanze sono numerose. Il che significa che esistono già delle distinzioni che rispondono a cognizioni sufficientemente assodate, e aventi un grado sufficiente di obbiettività per essere chiamate scientifiche. Di queste concordanze il Wernicke non si occupa punto.

Ma siccome ricondurre tutto alla sintomatologia si dimostra difficile quanto e più che ricondurre tutto ad una delle altre branche psichiatriche, così diremo che l'opera del Wernicke non è una psichiatria, ma solo una sintomatologia psichiatrica

scientifica. Psichiatria scientifica sarà quella nella quale la catena delle concordanze fra sintomi, lesioni, cause e decorso sia chiusa da rapporti chiari e obbiettivamente controllati.

E anche di questo esiste già qualche cosa. Nelle lesioni anatomiche noi distinguiamo la sede, la natura e la gravità, e nelle cause noi distinguiamo il numero, la natura e la gravità. Così nei sintomi e nelle sindromi abbiamo il numero, la costanza, la intensità, la spettanza al contenuto o all'attività della coscienza, ecc.

Ora fra queste rispettive suddivisioni si trovano parallelismi che a prima vista non si possono sospettare. Per cui si può dire esista una parte, sebbene esigua, della psichiatria, che non solo supera le opinioni personali, ma oltrepassa le differenze di scuola e ha il diritto di essere giudicata come scientifica in senso stretto. Se noi ammettiamo questo, e diamo alla parola scientifico il significato di razionale e avente un alto grado di obbiettività, noi saremo portati a credere che in opposizione ad una psichiatria, e, in generale, ad una medicina scientifica, non vi ha punto una medicina pratica: nulla di più pratico che la scienza. Ciò che veramente si contrappone al sapere non è il fare, ma il credere: teoria e pratica acquistano parallelamente caratteri obbiettivi e razionali, cioè scientifici. Il trattamento e la cura rivelano di per sé distinzioni fra un eccitamento maniaco, ebefrenico e amente; fra un'immobilità melancolica e catatonica: anche l'empirismo sistematico è scientifico. Tali distinzioni trovano infatti accordo in alcune delle distinzioni fornite dalle altre branche della psichiatria. Così dalle singole scienze psichiatriche, scienze teoriche e scienze pratiche, vengono scambievoli appoggi e conferme, e insieme contributi alla dottrina generica delle malattie mentali.

---

### **Psicosi pellagrose**

CONTRIBUTO CLINICO

del Dott. **Jacopo Finzi**

Il problema della pellagra, sebbene attaccato da tante parti, presenta ancora molti punti oscuri e molte questioni parziali insolute. Anzi si può dire che, dal punto di vista scientifico, delle

molte conclusioni parziali a cui si è pervenuti sulla eziologia, sintomatologia, anatomia patologica, profilassi e cura della pellagra, non una soltanto è libera da dubbî e incertezze, non una soltanto è definitivamente dimostrata. Fra i lati più fundamentalmente importanti e ciò non ostante meno esaminati del vasto problema, quello clinico delle psicosi pellagrose attende ancora uno studio metodico. Si è introdotta nelle classificazioni e nella pratica una frenosi pellagrosa, mentre si ammette che la pellagra possa dare svariate forme di psicosi, le quali però, a differenza ad es. delle frenosi alcooliche, non hanno nulla di caratteristico e di specifico dal punto di vista psichiatrico. Si è sempre accettato e ripetuto, senza darsi la pena di una verifica accurata, che i caratteri di questa frenosi pellagrosa sono la depressione di umore e la tendenza a una forma speciale di suicidio.

Questo primo contributo, che noi intendiamo portare al problema della pellagra, riguarda esclusivamente il lato clinico-psichiatrico. Esso comincia con l'esame, fatto in ordine cronologico d'ammissione, dei pazzi pellagrosi entrati nel Manicomio di Firenze dal 1 Gennaio 1899 al 31 Dicembre 1900.

**Oss.** I. P. Teresa di Galeata, n. nel 1854, nell'autunno del 1898 presenta pellagra. Insieme si mostra indifferente a tutto, solo si irrita talvolta contro i suoi di casa che « la trascurano e la fanno morire di fame ». È ammessa al Manicomio il 27. 1. 99.

Presenta eritema pellagroso, stato di nutrizione scadente. Glandula tiroide grossa; leggero esoftalmo; tremore manifesto. Polso 90-110. Non dorme quasi affatto: sente bruciore alle estremità. Un certo grado di logorrea: irrequietezza. È orientata mediocrementemente: anche nelle sue risposte esatte sul tempo e sul luogo mostra una notevole incertezza.

20. VI. È molto migliorata; l'orientazione è perfetta. Persiste una inquietudine vaga, una certa irritabilità. Fisicamente è ben rimessa di colore e di peso. Sintomi basedowici appena percettibili.

12. XI. Si dimette guarita.

Il caso è notevole per l'associazione di due sindromi eziologicamente e sintomaticamente diverse: la cachessia pellagrosa con grado lieve di disorientamento e smarrimento psichico, logorrea, fatti che spariscono rapidamente col miglioramento somatico sopravvenuto: fenomeni basedowiani con irrequietezza, irritabilità, idee deliranti labili, non legate alle condizioni somatiche. Che le due sindromi psicopatiche siano nel rapporto causale

così nettamente divise non si può dimostrare: soltanto, siccome la seconda è assolutamente insolita nei casi di pellagra pura, così noi le ascriviamo una probabile eziologia diversa, ipotesi nel caso presente confortata dalla presenza del morbo di Basedow. La diagnosi può essere espressa qui solamente con stato di eretismo psichico da morbo di Basedow, e leggera confusione mentale da pellagra.

**Oss. II.** R. Domenico di Firenzuola, n. nel 1835, nella primavera del 1898 ammalò di pellagra: ebbe un lungo catarro gastro-enterico, e un periodo di confusione mentale: non fu però inviato al Manicomio. Nell'inverno 98-99 ricadde malato, e ai primi di Febbraio quasi acutamente divenne agitato, sitofobo. Fu ricoverato nel Manicomio il 10. 2. 99.

12. II. Eritema pellagroso, aspetto cachettico, refl. rotulei molto deboli. Rammenta di essere stato confuso; ora si sente meglio. È orientato.

31. III. Da 8 giorni è a letto con febbre e bronchite. Da quanto tempo sei qui? — Dal 10. II.

Cresciuto molto di peso; psichicamente sano.

11. IV. Si dimette guarito.

Qui il malato è trasferito al Manicomio evidentemente già migliorato; e noi assistiamo alla convalescenza di una malattia mentale, che lascia tracce di confusione con incertezze nella memoria. L'agitazione motoria e la sitofobia unita alla confusione nel periodo di acme; il lento miglioramento psichico e fisico insieme, l'inizio acuto, il rapporto eziologico manifesto conducono alla diagnosi di Amenza pellagrosa.

**Oss. III.** R. Paolo di Palazzuolo-Romagna, n. nel 1837, ammesso 11. 2. 99. Anamnesi muta fino alla primavera 1898, in cui si manifesta eruzione pellagrosa e smarrimento psichico. Con l'inverno il R. diventa molto depresso. manifesta idee di dannazione.

12. II. 1899. Vecchio deperito, arteriosclerotico; si regge a faicat in piedi; anche a letto prova la sensazione di cadere. Residui di eritema pellagroso evidenti ancora alle mani. Bisbiglia talvolta qualche parola fra sé. Interrogato, alle volte risponde a tono, spesso o risponde frasi sconnesse o non risponde affatto. « Perché a casa non volevate mangiare? » « Non avevo appetito e avevo sempre la bocca cattiva ». Non insiste affatto sulle denunziate idee di dannazione.

20. II. 1899. Sai dove sei? - A Firenze - Perché ti hanno mandato qua? Non lo so. - Da quanto tempo sei qui? Non lo so. - In che mese siamo? In Marzo. - Come stai? Meglio. - Eri malato quando ti portarono qua? Ero un po' debole.

21. II. 1899. Da quanto tempo sei qui? Da un mese e più. - Quanti anni hai? 64. - Hai dei dispiaceri, sei triste? No, non so. - Non rammenta il dialogo di ieri. Crede il medico un antico suo conoscente, ma non sa dire dove e quando l'ha visto.

15. III. 1899. Migliora. Parla ordinato: Si commove molto facilmente e ride anche facilmente.

28. III. 1899. Presenta una forte pigmentazione alla faccia e alle mani, come da prolungata esposizione al sole, che qui non si è minimamente avvertita. Insieme una certa logorrea. Quando comincia a discorrere seguita a lungo con parole sconnesse talvolta incomprensibili e mescolate a pianto e sorrisi.

7. IV. 1899. Si è rimesso a letto perchè di nuovo non si regge più sulle gambe. Reflessi rotulei esagerati. Dicesi sicuro di morire e che sarà dannato.

12. IV. 1899. Confusione e disordine mentale; perdita di orine e di feci.

1. VI. 1899. Lento miglioramento. I sintomi cutanei spariscono. Il malato parla e si contiene ordinato, non è sudicio; è ancora disorientato per tempo, non per luogo e persone.

15. XI. 1899. Molto migliorato nei mesi precedenti. Scarsi ricordi della malattia. Nuova pigmentazione e desquamazione della cute, paresi spastica delle estremità inferiori, vertigini. È stato a letto una settimana (3 - 11. XI). Ora è migliorato.

2. I. 1900. Seguita a star benino.

10. II. 1900. Aspetto buono: peso aumentato; andatura lenta, ma più sicura, riflessi rotulei alquanto esagerati. Condizioni psichiche pressochè normali. Esistono piccole lacune e incertezze nei ricordi degli ultimi due anni.

28. IV. 1900. È dimesso dal Manicomio relativamente guarito.

I sintomi cardinali del caso sono: Disordine e confusione mentale, disorientamento e smarrimento; logorrea; emotività esagerata; fugaci idee deliranti di dannazione, perdita di ricordi riferentisi alla malattia. Nessun sintoma fisso, immutato. All'esito nessun sintoma di difetto psichico acquisito permanente, all'infuori delle citate dismnesie. Diagnosi *Amenza*.

Il decorso è interessantissimo: questo individuo entrò esaurito, con tutti i sintomi cutanei, viscerali e nervosi della pellagra; migliorato, presenta durante la sua degenza in Manicomio due recidive, una totale e una parziale, di pellagra, senza che su di lui potessero agire le cause estrinseche note o supposte della pellagra. Nel manicomio non mangiò mai polenta, non fu esposto al sole, ebbe nutrimento buono e visse in condizioni igieniche eccellenti. Ciò non ostante, dopo circa due mesi dall'ammissione, quando già era migliorato fisicamente e psichicamente, riebbe un vero

e proprio accesso di amenza pellagrosa; e 10 mesi dopo un'altra recidiva più lieve, limitata ai sintomi cutanei e nervosi.

**Oss. IV.** C. Maria Teresa di Empoli, n. nel 1831, è affetta fino dal 1894 da pellagra, di cui non è mai guarita. Fu nel 1894 alcuni mesi al Manicomio, dove tornò nel 1898 (3. VIII - 4. X). Poco dopo la dimissione, ricominciò a stare appartata, a mostrarsi confusa e smarrita. Poi improvvisamente divenne agitata, per cui fu riammessa al Manicomio il 16. II. 99. Presenta agitazione motoria, logorrea, vaniloquio continuo, insonnia, che pochi giorni dopo cessano. Si rimette rapidamente di forze e di condizioni psichiche. È dimessa guarita il 14. III. 99.

Lo stato delirante, che per pochi giorni questa donna ha presentato, ha tutti i caratteri di una psicosi da esaurimento, e costituisce qui il più recente episodio della forma mentale di cui la donna è affetta. Se il decorso e l'esito escludono qui qualsiasi forma di demenza, i sintomi escludono la frenosi maniaco-depressiva. D'altra parte le recidive, evidentemente in rapporto coll'azione ripetentesi della causa, molto chiara e manifesta dai sintomi somatici, e il succedersi irregolare di fenomeni di confusione astenica e confusione agitata, parlano per la diagnosi clinica di Amenza.

**Oss. V.** Z. Alessandro di Modigliana, n. nel 1849, pellagroso per la prima volta nella primavera del 1878, fu una prima volta nel Manicomio dal V. al IX. 78; una seconda dal XII. 97 al V. 98 sempre con le diagnosi di confusione mentale da pellagra. Il 25. II. 1899 rientra per la terza volta.

26. II. Eritema pellagroso fortissimo alle mani e alla faccia, refl. patellari molto esagerati; stato di nutrizione orribile. È agitato, disorientato, risponde spesso parole incomprensibili. In che mese siamo? Ma! forse Marzo. Quanti anni hai? 51, 52, 53.

3. III. Piange. Perché piangi? Si mette a ridere, dice: «sto molto male». Che cosa mangiavi a casa? Un chilo e mezzo di polenta al giorno. - Con che cosa la condivi? Non lo ricordo perché non ero ancora nato.

15. X. 99. Va migliorando; è solo ancora debole di forze. L'aspetto è indifferente, gli atteggiamenti rilassati, contegno apatico. Interrogato, dice di sentirsi sempre debole, di aver senso di vuoto al capo e talvolta vertigini. È orientato. Non vuole tornare a casa. «Che cosa vuole che faccia a casa? Mi torna subito la pellagra!»

15. XII. 900. Il malato è ancora in Manicomio, sebbene psichicamente stia da molto tempo benino. Lavora sempre nei campi. L'aspetto suo è indifferente, il contegno normale. Interrogato, si mostra orientato, parla con na-

turalenza del suo stato. Teme che si rimandi a casa « perchè allora mi torna la pellagra e poi torno qua ». Non accusa del resto nessun disturbo speciale.

Andatura, riflessi, lingua, sensibilità, funzioni gastro-enteriche normali.

La melancolia si esclude facilmente. Il pianto e il riso che si succedono, le risposte disordinate, le frasi senza senso, il disorientamento notevole, il lentissimo scomparire di questi sintomi, mentre alcuni disturbi nervosi persistono, son tutti fatti che permettono di far rientrare questo caso nel quadro clinico dell'amenza.

Come in molti altri tipi di amenza ad eziologia diversa e ignota, anche qui gli effetti dell'azione deleteria esercitata sull'organismo dal veleno maldico associato ai veleni endogeni dell'esaurimento e da disturbi gastro intestinali lunghi e profondi, sembra non possano generalmente essere distrutti ed eliminati che con straordinaria lentezza, e pare che forse talvolta lascino dei residui fissi. In questo lento e lunghissimo periodo il tono psichico è realmente qualche volta depresso, forse più spesso apatico.

Questo malato, ad es., è da circa un anno in uno stato che a prima vista può essere creduto uno stato di depressione. Ma evidentemente, eliminato quel po' di esagerazione che il malato mette nell'atteggiarsi a non del tutto guarito, nel timore della dimissione, eliminato quel tanto di dolore psichico che, in un individuo non frenastenico, l'alternativa della pellagra e la disperazione in famiglia da un lato e il Manicomio dall'altro normalmente deve far sorgere; tenuto conto di un reale stato di esaurimento fisico e psichico e di disturbi nervosi e vegetativi vari, solo da pochissimo tempo perfettamente scomparsi, e infine considerando la buona volontà con cui il malato da un anno lavora, il suo contegno normale e il suo aspetto spesso sorridente — la sindrome non può essere giudicata di natura depressiva in senso stretto, patologico.

Noi potremo definire questa sindrome solo in ordine al fatto essenziale eziologico e sintomatologico, l'esaurimento o l'avvelenamento, il quale ne determina il decorso e la fisionomia.

**Oss.** VI. G. Rosa di Marradi, n. nel 1866, fu una prima volta nel Manicomio con la diagnosi di follia pellagrosa dal 3. 7. 95 al 7. 2. 96. Nell'inverno 98-99 presentò una recidiva per cui fu ammessa di nuovo al Manicomio l'11. 3. 99.



È molto deperita; presenta residui di eritema pellagroso alle mani; tranquilla; facilmente emozionabile, racconta che da molto tempo è malata, non sa precisare i particolari dell'ultima malattia; è incerta nelle risposte relative all'orientamento.

Fa l'impressione di una convalescente. Migliora rapidamente. Si dimette guarita il 7. 4. 99.

Sia che si tratti veramente di una convalescente di amenza o sia questo uno di quegli stati di debolezza che si osservano talvolta dopo infezioni (*postinfectiöse Schwächezustände* del Kraepelin VI Ed.) è certo che la forma appartiene al gruppo clinico delle psicosi acute da intossicazioni, infezioni ed esaurimenti, caratterizzate dalla confusione mentale, un grado più o meno notevole di esaurimento psichico (*psychische Lähmung*) mascherato a volte dall'eccitazione motoria. Una distinzione di forme a seconda dell'eziologia non sembra per ora possibile.

**Oss. VII.** N. Elisabetta di Borgo S. Lorenzo, n. nel 1834, ripetutamente pellagrosa, entra per la prima volta in Manicomio il 21. 6. 98 con agitazione motoria, sitofobia, confusione mentale. Esce guarita il 17. 9. 98.

Il 20. 3. 99 nuova ammissione: segni di pellagra (eritema, gastro-enterite, vertigini, debolezza) e gli stessi sintomi psicopatici dell'anno decorso.

10. 4. Si è tranquillizzata. Sta in letto. Non ha più logorrea. Risponde quasi sempre a tono alle domande. È orientata per luogo, non per tempo. Dice di avere 40 o 50 anni. Quanti sono i giorni della settimana? Cinque, Lunedì, Venerdì e Sabato.

20. 4. Migliora. Riconosce di essere stata confusa. È di una grande emotività. Piange, nominandole i suoi figliuoli. Il disorientamento per tempo persiste.

5. 6. Ancora debole di forze, incerta nelle espressioni psichiche.

15. 4. 1900. Si alza sempre, lavora. Risponde molto bene alle domande. È orientata, sebbene non sia sempre sicura delle risposte che dà.

18. 5. Si dimette relativamente guarita.

Le uniche diagnosi che qui possono venire in discussione sono la demenza senile e l'amenza. Ma la diagnosi di demenza senile, oltre che non trovare appoggio nell'età, che non è molto avanzata, non è giustificata dal decorso della psicosi, che è irregolarmente intermittente, in rapporto ad una abbastanza bene determinata causa, qual'è la cachessia pellagrosa.

La lunga convalescenza delle amenze è un fatto molto frequente, che alle volte fa sorgere difficoltà diagnostiche. Qui ab-

biamo potuto osservare l'intera curva della psicosi, e questa, come pure tutti i sintomi, e il precedente dell'altra ammissione, son tutti elementi per ammettere la diagnosi di amenza ed escludere tutte le altre.

**Oss. VIII. V. Elisabetta di Galeata (Romagna), n. nel 1861, sorella di pellagrosi, affetta da molti anni da pellagra, aveva già presentato altre volte lievi episodi di alienazione mentale, ma non fu ricoverata per la prima volta in Manicomio che il 29. 3. 1899. Già da quasi due mesi l'inferma parlava spesso sotto voce da sè, guardava con aria sospettosa tutti, spesso non voleva mangiare e non voleva mangiassero nemmeno i suoi di casa. Debolissima di forze, si agitò a poco a poco, non poteva star ferma nè a letto, nè alzata, voleva uscire, rompere e strappare la roba, percuoteva i suoi figli, parlava sempre senza ordine. Ammessa in Manicomio, presentava: logorrea, agitazione motoria, disorientamento per tempo, luogo e persone, confusione mentale, iperestesia psichica, illusioni sensoriali continue, forse allucinazioni. Stato di nutrizione scadentissimo.**

Continua nello stesso stato per 20 giorni, muore il 18. 4. 1899.

Ecco la sindrome che il Wernicke definisce *Delirio fantastico acuto di minaccia, o psicosi sensoriale progressiva; la pazzia acuta mortale dell'Adler* il *delirio acuto* di tanti Autori.

Noi abbiamo già avuto occasione di esporre, per quanto brevemente il nostro pensiero sul delirio acuto (Cfr. Breve compendio di Psichiatria. Pag. 56, 75, 82; e v. più innanzi Oss. XIV, XXIV, XXXVIII, XLII, LI, ecc.)

**Oss. IX. G. Francesco di Marradi, n. nel 1840, più volte pellagroso, nella primavera del 1899 ebbe sintomi più gravi del solito. Senso di abbattimento e di angoscia, mostra di non capire quanto gli si dice, è lentissimo nel parlare e nell'agire, fugge talvolta di casa dicendo che la casa prende fuoco; piange, grida. È ammesso al Manicomio il 5. 4. 99.**

5. 4. Che hai? Non ho soldi. Hai la pellagra? Non risponde direttamente. Logorrea. Dice che ha fame. Sei malato? Poveretto me.

Eritema pellagroso, tremore agli arti sup. e faccia, miosi, riflessi esagerati, polso piccolo, frequente.

6. 4. Brontola continuamente fra sè. Avendogli dato il buon giorno, ripete, buon giorno, un numero grandissimo di volte; seguita il tremore e la miosi. Come ti chiami? G. Fr. Dove siamo qui? Al mio paese. Da quanti giorni sei qui? Non so.

8. 4. Seguita ad essere profondamente disorientato: però una volta alla domanda dove siamo qui, risponde, forse a Firenze. Che malattia hai? La pellagra, una volta presa non lascia più.

10. 4. È più ordinato. Pupille reagiscono: d. > s.

25. 4. Va migliorando sensibilmente, e parallelamente nelle condizioni fisiche e psichiche.

14. 7. È dimesso guarito.

Noi di malattia vera e propria abbiamo visto meno di una settimana. I sintomi mentali e nervosi hanno cominciato tosto a diminuire e scomparire. L'anamnesi parla di senso di abbattimento, pianti, lentezza di espressioni, ma tutto questo, che se fosse stato solo, e avesse durato più a lungo, avrebbe potuto significare melancolia, qui, unito alla confusione, al disorientamento, alla logorrea, alle allucinazioni, e durato così breve spazio di tempo, ha tutt'altro significato clinico. Tremore, miosi, polso piccolo sono indizio di uno stato di intossicazione non facile ad essere definito (non è stato fatto alcun esame di urina). Tutto ad ogni modo concorre alla diagnosi clinica di una forma di Amenza.

**Oss. X.** M. Maria di S. Maria a Monte, n. nel 1835, da qualche mese pellagrosa, da qualche settimana tutta incerta, smarrita, dall'aspetto spaventato, è ammessa al Manicomio il 10. 5. 99.

Tranquillissima racconta di aver la pellagra, di sentirsi molto debole. Risponde ordinata, ma è disorientata per tempo e molto incerta anche nell'orientamento per luogo.

Il benessere psichico procede rapidamente e, sebbene ancora un po' debole di forze, si dimette come guarita il 13. 6. 99.

Anche qui, come già in altri casi, noi vediamo essenzialmente la convalescenza di una psicosi acuta avente i caratteri delle psicosi tossiche e da esaurimento, cioè di una psicosi confusionale, che lascia dietro per un certo tempo disorientamento e smarrimento, e che guarisce essenzialmente col guarire dei disturbi somatici. I fenomeni di ansia fanno talvolta la loro apparizione (come qui risulterebbe dall'anamnesi) senza dare per questo alla psicosi una fisionomia particolare. Per quanto varie nei particolari, queste forme rientrano tutte clinicamente nel quadro dell'Amenza.

**Oss. XI.** G. Giuseppe di Firenzuola, n. nel 1823, è ammesso al Manicomio il 18. 5. 1899.

Gravi segni cutanei di pellagra. È obbligato al letto perchè non si regge in piedi. Andatura spastica. Segno di Romberg. Sensibilità normale. Dolorabilità alla pressione dei tronchi nervosi degli arti inferiori. Cefalea. Apatia, orientamento buono. Coscienza della malattia fisica; riconosce di avere dei momenti in cui non sa quel che fa e dice e non capisce nulla.

Realmente alcune volte scende di letto e va in giro senza saper dar ragione di ciò.

1. 12. 1900. È a letto perchè si sente molto debole ed ha diarrea. Come ti chiami? G. G. Quanti anni hai? 77. Da quanto tempo sei qui? Da più di un anno. È la prima volta che sei qui? Sì, ma a Firenze ci son venuto altre due volte all'ospedale per la pellagra. Contegno corretto. Accusa gravi dolori alle gambe, che può difficilmente muovere anche stando sdraiato. Alla pressione specialmente gli arti sono dolentissimi.

Ammesso che una psicopatia abbia episodicamente dato segni di sé con momenti di confusione, questa è già sparita, mentre la neuropatia rimane e sembra non tenda a scomparire.

Paresi spastica, Romberg, polineurite: qui ci è una sindrome pseudo-tabetica che non sembra abbia rapporto immediato con i disturbi mentali. Da un anno il malato è psichicamente sano: nessuna traccia del disordine e dello smarrimento psichico esiste più, e invece il suo stato è forse peggiorato somaticamente. I dolori che accusa alle gambe sono forse l'espressione di fenomeni neuritici. Lo stato cachettico generale non permette di concludere ad amiotrofie, senza l'esame elettrico, che non è stato fatto.

**Oss. XII.** G. Marianna di Portico, n. nel 1874, ha da poche settimane tutti i sintomi della pellagra. Ammessa al Manicomio il 27. 5. 99, non presenta che un lieve disordine mentale, incertezza nell'orientamento, un certo senso di prostrazione e abbattimento in perfetto rapporto con le condizioni di deperimento fisico. È dimessa guarita il 17. 6. 99.

Qui già la prima invasione di pellagra porta questa giovane donna al Manicomio. Nei venti giorni di osservazione non si sono osservati più numerosi e più gravi disturbi psichici di quelli che si potrebbero osservare in un convalescente di grave tifo o di altra infezione acuta, che abbia portato seco un delirio febbrile o come che sia una diminuita e confusa attività mentale. Il ristabilirsi assai rapido dell'ordine nella psiche come nelle funzioni vegetative e nervose è certo dovuto all'età giovane, al fatto che si tratta di un primo accesso, e probabilmente alla poca entità della malattia. La quale è dato a tutti i medici pratici di osservare, e si presenta con relativa frequenza, senza che, se assolutamente le condizioni sociali o famigliari del paziente non lo esigono, si proceda all'ammissione nel Manicomio. In ogni modo questo stato di lieve confusione, come di chi si sveglia e dura nello stato intermedio di semi sonno, senza che nemmeno

esista dubbio soggettivo fra sogno e realtà, non arriva nemmeno al grado di stato delirante, ma appartiene sempre al gruppo delle psicosi da esaurimento, intossicazione ecc. che vanno dal delirio febbrile all'amenza.

**Oss. XIII.** V. Rosa di Portico, n. nel 1839, ripetutamente pellagrosa, presenta dal principio del 1899, oltre ai soliti sintomi, vertigini frequenti, debolezza maggiore del consueto, a quando a quando sitofobia. È ammessa al Manicomio il 28. 5. 99.

1. 6. Non si raccapezza nelle risposte. È disorientata per tempo e per luogo. È agitata, confusa, disordinata. Paraparesi con refl. rot. esagerati. Le pupille reagiscono pochissimo. Perde urine e feci. Si sospetta una paralisi progressiva.

25. 6. È pulita, ordinata, leggermente confusa, tranquilla.

1. 8. I riflessi sono leggermente esagerati; le pupille reagiscono. Lo stato di nutrizione è buono. Rimangono pochi e sconnessi ricordi della malattia, di cui c'è perfetta coscienza.

Si dimette il 9. 9. 99; ha coscienza della passata malattia, di cui non ha tutti i ricordi. È dichiarata guarita.

L'anamnesi, l'età, 15 mesi di sospensione di tutti i sintomi psicopatici rendono sommamente improbabile la diagnosi di paralisi progressiva.

Se in questo quadro tipico di Amenza comparisce un certo grado di rigidità pupillare, che poi è scomparso, ciò non solo non autorizza nessun'altra diagnosi, ma è in perfetta armonia con quanto si sa sull'eziologia dell'amenza, e troverà certo a suo tempo la spiegazione, quando la natura tossica della malattia sarà conosciuta.

Disturbi residuali non persistono nè come contenuto erroneo nè come attività anomala di coscienza. Qualche incertezza o lacuna riferentesi ai ricordi dell'epoca corrispondente all'acme della malattia sono il lascito ordinario delle psicosi in cui esiste confusione mentale.

**Oss. XIV.** S. Assunta di Borgo S. Lorenzo (Mugello), n. nel 1843, ha sofferto più volte di pellagra, e nella primavera del 1899 ebbe una delle solite recidive. Maggio 1899. Cambia carattere; diventa irrimediabilmente; inveisce contro tutti, specialmente contro i bambini. Avendo tentato ucciderne due, si manda al Manicomio (29. 5. 99).

29. 5. Aspetto non eccessivamente deperito. Segni di eritema pellagroso.

Senza essere interrogata, dice: Mi son ritrovata da queste parti. Sono

morta e chi è morto una volta non muore più. Sono per morire, sono per morire (ripete moltissime volte). A star nell'acqua ci si ammolta (ripete moltissime volte).

Come ti chiami? Assunta, figliuola dei miei genitori. Non risponde ad altre domande, fa solo dei movimenti con la bocca come se parlasse. Quanti anni hai? Quanti anni ho? quanti anni ho (ripete molte volte).

30. 5. Non parla quasi affatto, è più tranquilla; bisbiglia o muove solo la bocca come se parlasse.

3. 6. Sempre lo stesso stato. Qualche volta canta per breve tempo.

15. 6. Muore.

Il decorso e l'associazione dei sintomi in questo caso non sono certo dei più tipici. Però non è difficile ricostruire un quadro clinico.

I sintomi sono: disordine, confusione, logorrea, ecolalia, verbigerazione, probabili allucinazioni, violenze contro gli altri, eccitazione motoria in principio, poi astenia generale, coscienza sempre più oscurata.

Il delirio acuto somiglia indiscutibilmente a questo quadro, come pure ci sono dei deliri tossici, meglio definiti eziologicamente, che gli si avvicinano. Qui lo stato di esaurimento non pareva molto profondo, così che si è portati a pensare ad una causa specifica determinata, la cui natura però ci sfugge, confondendosi essa coi veleni pellagrogeni.

**Oss. XV.** B. Francesca di Bagno-Romagna, n. nel 1839. L'anamnesi tace fino al 1895 epoca in cui insieme con la pellagra insorsero sintomi di confusione e smarrimento psichico, deperimento generale. Per quattro anni i disturbi si manifestarono remittenti, con riacutizzazione cioè nella primavera e sospensione nell'estate.

Nella primavera del 1899, essendo i soliti sintomi più gravi, si manda al Manicomio, dove è ammessa il 9. 6.

Stato di nutrizione pessimo, anemia profonda, floridissimo eritema alle mani.

All'infuori di una prostrazione notevolissima, di un senso di esaurimento, per cui l'inferma fa una immensa fatica anche solo a parlare, si nota assai poco dal lato psichico, giacchè le brevi risposte sono ordinate e l'orientamento è buono.

Non manifesta idee deliranti. L'esaurimento si aggrava. Circa un mese dopo l'ammissione 10. 7. 99, l'inferma muore.

Ecco un caso in cui non è possibile che la diagnosi generica di Pellagra. Le facoltà psichiche non sono qui alterate o colpite

più che in qualunque stato marastico o di esaurimento. Il perchè di certe predilezioni morbose rimane ancora un mistero in patologia. Qui la cachessia, l'anemia erano a un grado notevolissimo, eppure la psiche non era nè disordinata nè confusa, ma soltanto abbattuta, facilmente esauribile. Non esisteva insomma qui alcuna psicosi.

**Oss. XVI. V.** Filomena di Palazzuolo, n. nel 1862. Parti numerosi, vicini; allattamenti prolungati, alimentazione scarsa e fatta tutta di mais; patemi vari.

Febbraio 1899. Anemia grave, vertigini, ronzio alle orecchie, bagliori; diarrea infrenabile, eritema e desquamazione alle mani e al viso; paresi di tutta la muscolatura; cardiopalmo.

Maggio. L'inferma accusa sensazioni strane nel corpo; ha allucinazioni varie.

9. 6. 99. Tenta il suicidio precipitandosi da una finestra.

10. 6. Ammessa al Manicomio.

Lentissima nelle risposte, queste si limitano spesso a un: non so; insistendo, risponde a tono. Dove siamo? (sempre con molto ritardo, come chi deve raccappezzarsi). A Firenze. Donde siete venuta? Da Palazzuolo, e aggiunge: se l'anno scorso fossi andata all'ospedale, la disgrazia non sarebbe successa. Che disgrazia? Tre dei miei bimbi son morti e mio marito è in prigione. Se guarisco dovrò andare in giro per il mondo! Quanti anni avete? Ma, chi se ne rammenta?..... Credo 37. Per tempo è alquanto disorientata. Lo stato grave di prostrazione fisica e psichica aumenta fino alla morte avvenuta 20 giorni dopo l'ammissione 30. 6. 99.

Qui è il caso di domandarsi se si tratta di una melancolia. Rallentamento psicomotorio, umore depresso, idee di rovina, tentativo di suicidio, orientamento discreto. Sarebbe il primo accesso depressivo di una frenosi maniaco-melancolica che ha avuto come causa determinante l'esaurimento?

A questo dubbio diagnostico si possono muovere alcune difficoltà. La ricchezza e il significato dei sintomi somatici; il fatto che i sintomi psichici summenzionati sono comparsi acutamente dopo che una serie di sintomi nervosi li aveva preceduti, così che quelli costituiscono solo la fase terminale (l'ultimo di 5 mesi) dell'affezione complessiva; il progressivo aggravarsi di tutti i sintomi fino all'esito letale, senza che questo potesse essere giustificato da alcuna lesione che non fosse lo stato cachettico generale: tutto ciò renderebbe questo quadro di melancolia straordinaria-

mente insolito. Si potrebbe giustificare di più il giudizio di fase melancolica di una paralisi progressiva, se una paralisi progressiva si fosse qui potuta solamente sospettare.

I sintomi psichici sopra ricordati, esistenti in questo caso, lasciano pure di per sè luogo a dubbi ed obiezioni.

La diagnosi differenziale fra rallentamento psicomotorio propriamente detto (*psychische Hemmung*) e paralisi con esaurimento psichico (*ps. Lähmung*) non è stata qui fatta. Ma presunzioni in favore dell'una piuttosto che dell'altra esistono. Negli ultimi giorni della malattia non può esistere alcun dubbio sulla natura dell'arresto psichico, che raggiunge il grado di stupore coi caratteri della confusione astenica; perciò è più naturale ammettere nel decorso della malattia solo un grado diverso dello stesso fenomeno piuttosto che due fenomeni differenti. Dato però anche il caso si trattasse di quell'arresto che il Kraepelin fa caratteristico delle frenosi maniaco-depressive, questo valore patognomonico non sembra per anco definitivamente dimostrato. L'umore depresso è qui troppo in armonia e perfettamente giustificato dalle condizioni somatiche gravi, e si può dire per lui quello che si è detto per il rallentamento psicomotorio. Sappiamo purtroppo quante melancolie sono state osservate o inventate dagli Autori, fondandosi sulle apparenze dell'umore depresso.

L'orientamento è qui non molto leso, perchè la coscienza non è mai stata molto profondamente offuscata. L'offuscamento ha luogo solo negli ultimi giorni. Già prima esisteva lo stato affettivo proprio del disorientamento, lo smarrimento psichico (*Rathlosigkeit*) che ha pure le apparenze della depressione, quando implica la coscienza dell'io e del corpo come in questo caso.

Quanto ai tentativi di suicidio, essi non hanno nessun valore semeiologico determinato. Tutte le psicosi indistintamente, dal delirio febbrile alla paranoia, possono condurre al suicidio. Le modalità dell'atto possono talvolta dare qualche indizio diagnostico (tentativi ridicoli e puerili nella demenza precoce e paralitica): qui non abbiamo nessun dato per giudicare dello stato d'animo che ha spinto la donna a gettarsi dalla finestra, e perciò quell'atto non parla qui in favore o contro di una diagnosi piuttosto che di un'altra.

Però, dato anche (come è di fatto) non si possa in modo as-



soluto escludere la melancolia, sorge naturalmente il problema: questa supposta frenosi maniaco-depressiva in che rapporto stia con la pellagra. Potrebbe darsi che la pellagra e la conseguente psicosi con esaurimento psichico ed esito letale, non stiano che in relazione lontana ed indiretta con l'accesso melancolico, che forse si sarebbe presentato ugualmente anche senza la preesistente pellagra. I caratteri clinici del quadro si allontanano troppo qui dalla melancolia: la psicosi qui ha caratteri propri, per quanto il decorso e l'esito parlino in favore di una forma di *Amenza*.

**Oss. XVII.** V. Luigi di Portico, n. nel 1851, pellagroso dalla primavera del 1899, presenta acutamente agitazione disordinata e pericolosa ed è inviato al Manicomio il 28 7. 99.

Eritema pellagroso; alternative di diarrea e stipsi, riflessi esagerati, prostrazione di forze. Di quando in quando dei giorni e delle ore di logorrea, agitazione, a volte stati soporosi con mutacismo, rifiuto di cibo. Non ha espresso mai speciali idee depressive o allegre. Confuso sempre quando parla, spesso sudicio; polso irregolare.

Muore il 17. X. 99.

Pellagroso a 50 anni per la prima volta, questo individuo presenta subito fatti gravissimi. Qui non manca nulla alla diagnosi di *Amenza*. Le alternative brevi e ravvicinate di eccitazione e di prostrazione in molti casi precedono l'esito letale. I due mesi e mezzo di degenza in Manicomio non hanno mutato le condizioni somatiche nè psichiche del paziente.

**Oss. XVIII.** S. Teresa di S. Pietro a Sieve, n. nel 1851. Anamnesi sconosciuta. È ammessa al Manicomio il 21. VIII. 99.

Eritema pellagroso evidentissimo, aspetto cachettico. Pare depressa: dice di avere sempre molto mal di capo, che è molto debole, che dovrà morire. Interrogata, risponde talvolta a tono, ma nelle risposte è sempre incerta per ciò che riguarda l'orientamento. Spesso parla da sè frasi sconnesse, o si lamenta ad alta voce. Non ha disturbi gastro intestinali. Temperatura normale. Reflessi rotulei normali.

5. XII, 99. È migliorata, si alza, lavora, si stanca però facilmente, ed ha una grande emotività.

15. VI. 900. Si dimette guarita.

A simiglianza del caso XV è difficile qui costruire un quadro clinico. Però i disturbi non molto profondi sono molto estesi, la coscienza è alquanto annebbiata rispetto al mondo esterno; la stancabilità e l'emotività facile, la lentezza nello scomparire di

questi disturbi e il loro parallelismo coi sintomi somatici parlano per uno stato di esaurimento coi concomitanti disturbi psichici caratteristici.

**Oss. XIX.** F. Massimo di Palazzuolo, n. nel 1860, figlio di padre pellagroso, nel 1896 pellagroso egli pure, presenta dall'inverno 1898-99 peggioramento; vertigini, crampi muscolari, poi grande indebolimento generale, anche della vista e grave enterite. Ha allucinazioni, fra le altre ode voci che gli ordinano di non mangiare polenta, perchè avvelenata; indifferente per la famiglia, fugge di casa, gira pei campi vivendo non si sa come per due o tre giorni di seguito. È ammesso al Manicomio il 24. VIII. 99.

È stuporoso: amimia completa. Mutacismo assoluto. Immobile, emette feci e urine in letto, non mangia se non imboccato, ha tutti i riflessi esagerati.

Dopo 12 giorni di tale stato, a poco a poco si risveglia. Risponde con gran fatica, è disorientato per tempo e per luogo completamente. Riconosce il proprio padre degente pure al Manicomio.

15. V. Va continuamente migliorando. È orientato, ma molto debole.

26. V. 900. parte guarito.

I crampi, di cui è parola nell'anamnesi, sembra, a detta del paziente guarito, fossero semplici stati tetanoidi di tutta la muscolatura senza perdita (totale almeno) di coscienza. Noi non ne abbiamo osservati alcuno in questo caso. È bella l'allucinazione imperativa che molto probabilmente rispondeva ad un pensiero del paziente derivato da un consiglio udito.

Un quadro così tipico di amenza stupida (demenza acuta guaribile) come ha presentato quest'infermo nelle prime settimane di degenza non è molto facile di vedere. L'ipertonicità muscolare esistente poteva far pensare a stupore catatonico, perchè poteva essere interpretata per negativismo: l'ulteriore decorso e sopra tutto la prova dell'oscuramento grave di coscienza data dal profondo disorientamento che durò poi a lungo e scomparve a poco a poco, hanno esclusa in modo assoluta quella possibile diagnosi.

**Oss. XX.** F. Luigi di Palazzuolo, n. nel 1830, dal 1896 pellagroso, debole, con vertigini, catarro gastro intestinale, allucinazioni varie. Ronzii continui alle orecchie, gira di giorno e di notte senza saper dove, sta fuori fino 48 ore di casa e tornato non sa dir nulla su quello che ha fatto.

Ammesso al Manicomio il 24. VIII. 1899.

1. IX. 99. (risultato di parecchi esami). Il malato è tranquillo, taciturno, apatico. Andatura paretica; trascina le gambe senza sollevarle da terra e fa passi piccolissimi, parla con grande lentezza. Non presenta atrofie mu-

scolari. Presenta indebolimento della memoria così per le cose antiche come per le recenti. Non sa il nome dei suoi figli. Sa di essere in Manicomio, ma non sa esattamente da quanto tempo. È generalmente sereno o indifferente, non presenta smarrimento psichico: talvolta fu dato di notare passeggera esagerata emotività. Gli sembra di riconoscere i suoi figli nelle persone presenti. Mangia poco. Qualche volta emette involontariamente feci e urine.

10. XI. 99. Leggermente migliorato nell'andatura e nella favella, rimane immutato nelle condizioni generali. Si alza talvolta; presenta gl'identici segni di difetto psichico come all'ammissione.

19. XII. 99. Ripeggiora notevolmente. Non si alza più da letto; disartria, tremore agli arti superiori, riflessi presso che normali.

1. I. 900. Va lentamente aggravandosi senza che insorgano sintomi nuovi.

16. I. 900. Muore senza altra causa manifesta all'infuori del marasmo, che però non giunge a un grado molto notevole.

Se è indubitato che il presente infermo abbia sofferto di pellagra durante i 4 anni che precedettero la sua ammissione al manicomio, non può rigorosamente dimostrarsi un rapporto fra pellagra e psicosi.

Ci sono qui dei segni indubbî di demenza (dismnesia, disorientamento senza smarrimento), c'è confusione mentale. La forma trae caratteri abbastanza notevoli di inguaribilità; l'andamento è progressivo. L'età potrebbe far sospettare una demenza senile: mentre le notizie anamnestiche potrebbero far sorgere l'idea di una demenza specifica da pellagra. L'età non era molto avanzata; il miglioramento delle condizioni igieniche portò una parziale remissione nei sintomi subito dopo l'ammissione in Manicomio. L'aggravarsi continuo e l'esito letale relativamente rapido, senza che la cachessia fosse spinta a un grado notevolissimo son fatti degni di essere messi in rilievo. Poi l'amnesia uniforme per cose antiche e recenti non è comune nella demenza senile. Sembra che si tratti qui di uno stato confusionale protratto assumente i caratteri della cronicità. Ma occorrerebbero numerosi casi simili per poter giustificare l'ipotesi di una demenza pellagrosa. Qui è impossibile per ora decidere quanto la pellagra e quanto la senilità abbiano parte nella produzione della psicosi.

**Oss.** XXI. C. Stefano di Bagno di Romagna, n. nel 1836, pellagroso fino dalla giovinezza, fu in manicomio, sempre con la diagnosi di frenosi pellagrosa, nel 1893 (29. V. 7. VI.) poi dal 14. VIII. 97 al 10. VIII. 98. Finalmente nell'estate 99 essendo molto deperito, avendo frequenti lipotimie, confusione mentale, è inviato di nuovo al Manicomio il 29. VIII. 99.

30. VIII. E molto agitato, ha logorrea, non dorme affatto. « In che città siamo? - Sotto il Bagno - Che posto è questo? Non lo so - Non ti ricordi di essere stato altra volta qui? Risponde di sì, poi divaga parlando del suo mestiere di accattone. Non sa la data. Risponde bene il nome e l'età.

15. IX. Dopo alcuni giorni di agitazione, si va ora calmando; è sempre male orientato. Fisicamente ancora deperito.

2. I. 900. Si alza, si sente più forte, è orientato.

14. IV. 900. Si dimette guarito.

Diagnosi: Amenza.

**Oss. XXII.** S. Redenta di Pontassieve, n. nel 1865, figlia di madre morta pellagrosa, già da quattro anni soffriva di pellagra, quando l'8. IX. 1899 dicendo che di questo male non sarebbe ormai più guarita, si gettò nel pozzo di casa sua. Estratta, afferrò poco dopo un tovagliuolo, facendo l'atto di strangolarsi. Poi si mette a gridare che è pazza, che vuole andare al Manicomio, dove è condotta il giorno stesso.

Stato di nutrizione mediocre, pochissime tracce di eritema.

La malata ha un contegno molto ostile verso tutti; è preoccupatissima della sua malattia. Accusa dolori agli arti, al capo, malessere generale; ha ovarialgia, bolo.

1. X. 99. È sitofoba; presenta caratteristico e molto evidente eritema pellagroso alle mani e al viso. Reflessi tendinei e periostei esagerati tutti; andatura normale, refl. faringeo debole.

3. XI. 99. La cura ipodermica di As. Fe e stricnina non ha finora portato nessun miglioramento. L'inferma sembra anzi nelle sue condizioni generali piuttosto aggravata. Ha avuto talvolta delle allucinazioni terrifiche: diceva di vedere il diavolo che voleva portarla via; dorme pochissimo.

1. I. 900. Progredisce l'aggravamento. Irrequietezza, confusione mentale.

3. I. 900. Morte.

Qui abbiamo: associazione di sintomi isterici e sintomi di pellagra; recidiva di pellagra con tutti i suoi segni, circa un mese dopo l'ammissione, recidiva che conduce la paz. a morte in meno di tre mesi.

La pellagra in fiore è qui dimostrata in modo brillante, i sintomi della psicosi invece sono tutti o quasi di tale natura da non mettere in rilievo nessun rapporto fra loro e la pellagra. La confusione mentale è l'unico sintoma che con l'aggravarsi della malattia abbia dato un indizio, nel campo psichico, di uno stato d'intossicazione. Se quindi qui l'unica diagnosi di psicosi da pellagra sarebbe forse troppo arrischiata, d'altra parte questo giudizio sarebbe sempre meno ipotetico che il riferire tutti i sintomi psi-

chici all'isterismo. I sintomi isterici, fossero essi un prodotto occasionale risvegliato dallo stato morboso nuovo, o esistessero pazienti anche prima, essi non giustificano affatto il decorso e l'esito della psicosi, i quali parlano in favore di una genuina amenza.

**Oss. XXIII.** T. Caterina di Portico, n. nel 1842, ammalata acutamente con logorrea e agitazione: è portata al Manicomio il 22. IX. 99.

Le mani mostrano evidenti i segni di pregresso eritema pellagroso.

L'inferma è tranquilla in letto, ha aspetto abbattuto, si lamenta di una grande debolezza e di molta confusione al capo.

Interrogata, mostra di non sapere dov'è nè in che giorno, mese, anno. Dandole queste nozioni, il giorno appresso le ha del tutto dimenticate. Non è però disordinata, e comprende quanto le si dice. Ha coscienza della malattia.

3. I. 900. È sempre molto debole, però è orientata e dice di star meglio.

4. III. 900. È dimessa guarita.

Una malattia sorta acutamente, con eccitazione notoria in principio, astenia in seguito, disorientamento dovuto essenzialmente a incapacità di fissare i ricordi, mentre la coscienza è relativamente sveglia; costante coscienza della malattia, parallelo miglioramento della cachessia generale e delle condizioni psichiche: tutto ciò in una donna di 57 anni con unica eziologia probabile la pellagra.

Contro la diagnosi della così detta psicosi polineuritica sta mancanza di vera amnesia retrograda, ma sopra tutto le sta contro lo stato di abbattimento: è da constatarsi però che il caso si avvicina a questa forma di psicosi squisitamente tossica presentandosi nell'alcoolismo cronico, avvelenamenti per Pb. As. tubercolosi, sifilide e lebbra (1). La pellagra qui non era in fiore, i residui di essa erano visibili e la paziente raccontava poi di averne sofferto ripetutamente. La psicosi, appartenente al gruppo eziologico della pellagra, si può far rientrare solamente, per inizio, decorso ed esito nel quadro clinico dell'amenza.

**Oss. XXIV.** S. Uliva di Dicomano (Mugello), n. nel 1835, da molti anni pellagrosa, dal Maggio 1898 alienata di mente, è ammessa in Manicomio l' 11. X. 1899.

---

(1) I disturbi psichici da lebbra molto probabilmente sono da classificarsi col quadro della così detta psicosi polineuritica.

13. X. L'inferma è in preda a una grave confusione mentale; grida di quando in quando parole incomprensibili, non risponde alle domande; perde le feci e le urine.

Non si regge affatto sulle gambe: i muscoli tutti sono notevolmente ipertonici e sono in preda a scosse intermittenti. Reflessi esageratissimi.

Insonnia quasi assoluta. Mangia pochissimo.

Questo stato dura quasi inalterato per un mese.

11. XI. 99. Morte.

Da più anni data la pellagra; da un anno e mezzo i disturbi psichici: quali, non sappiamo. Noi assistiamo qui solo alla fase terminale di questa psicosi: al quadro del così detto delirio acuto, con fenomeni tetanici, simili a quelli dell'ergotismo. Questi sintomi tetanici, che si presentano a volte nelle psicosi acute da pellagra, danno a queste dei caratteri molto spiccati di stato d'avvelenamento.

Oss. XXV. R. Stefano di Palazzuolo, n. nel 1837, da tempo indeterminato sofferente intermittenemente di pellagra, nella primavera del 1899 presenta sintomi lentamente progressivi di disordine mentale insieme con un crescente deperimento organico. È ammesso al Manicomio il 3. XI. 99.

5. XI. È accasciato, non si muove, lo stare in piedi e ancor più il camminare gli è difficile. Alle mani e agli antibracci presenta manifesti segni di pellagra. Interrogato risponde a mala pena, non si raccapezza facilmente, si confonde nella designazione di tempi e di luoghi. Sembra abbia allucinazioni olfattive: dice che di sotto al letto vien l'odore di cadavere. È indifferente a tutto.

Si aggrava a poco a poco in tutti i sintomi psichici e organici e il

2. 1. 900. muore.

Nelle intossicazioni croniche, oltre all'azione del veleno esogeno, che può essere cumulativa se la sua azione diretta persiste, si deve ammettere insieme l'alterazione nel chimismo dei tessuti, che può essere progressivamente crescente, e a cui il veleno può aver data la spinta senza che la sua presenza sia più necessaria, e a maggior ragione progressiva se l'azione tossica diretta persiste e si ripete, o aumenta. La progressione esiste sempre nei sintomi somatici: l'irrompere acuto e il netto cessare si riferisce solo ad alcuni molto evidenti, grossolani, rumorosi, sintomi psicopatici, giacchè molti segni di lesione psichica si manifestano a poco a poco e sopra tutto scompaiono lentissimamente. Fra psi-

così tossiche ed autotossiche non è possibile nessun netto confine, anzi, nel dominio delle forme croniche, l'associazione esiste sempre. In questo caso sebbene noi non abbiamo visto che gli ultimi due mesi di vita, la psicosi ha seguito un decorso genuinamente progressivo. La pellagra datava da un numero indeterminato di anni: il passaggio dalla salute alla malattia mentale è stato lento: la psicosi non può ragionevolmente essere definita come cronica, poichè, come tale, ha sempre avuto i caratteri della guaribilità; il processo morboso era sempre in fiore, i sintomi irritativi sempre presenti. Si spiega come il sospetto di una paralisi progressiva pellagrosa abbia potuto in molti casi sembrare giustificato, data la possibilità di un quadro di psicosi pellagrosa confusionale sub acuta progressiva, e la frequenza con cui, come abbiamo visto, così spesso si aggiungono sintomi organici da parte del sistema nervoso.

**Oss. XXVI.** M. Sante di Borgo S. Lorenzo, n. nel 1855, ebbe qualche convulsione epilettica nella giovinezza; nel 1898 pellagroso con gravissimi disturbi gastro enterici, andò progressivamente peggiorando fino all'autunno 1899. Si agita, sente formicolii dappertutto il corpo; gli pare di aver la testa e le gambe gonfie, crede che il diavolo lo voglia portar via. Diventa sudicio, violento. È ammesso al Manicomio il 7. 11. 99.

8. 11. 99. Pelle al dorso delle mani e alla faccia rossa e desquamata - stato generale di nutrizione molto scadente. Il malato si regge a mala pena in piedi - fisionomia spaventata. Non vuol mangiare. Defeca in letto e per terra.

12. 11. È preso improvvisamente da grande agitazione, grida e tenta di fuggire.

16. 11. È sempre clamoroso. Non rammenta di avere il giorno 15 ricevuto la visita di un parente, che pure aveva riconosciuto.

15. 12. 99. Sempre agitato e insonne. Gli sembra di cadere dall'alto; grida di tanto in tanto: prendetemi, reggetemi, casco! sta rigido con la testa flessa indietro. I riflessi rotulei sono vivacissimi. A destra clono; refl. plantari deboli, cutanei addominale e cremasterico mancanti. Refl. pupillari normali.

19. 12. Presenta brevi intervalli di calma e ordine mentale. Ma generalmente è molto confuso, irrequieto, a momenti soporoso. Refl. rotulei solo lievemente spiccati. Urina normale.

20. 12. Morte.

Autopsia. 21. 12. Meningi e organi del sistema nervoso centrale macroscopicamente normali. Bronco-polmonite diffusa; cuore grasso, flaccido. Tu-

more duro, irregolare, ulcerato alla piccola curvatura dello stomaco, formante un ammasso con alcune delle glandole retroperitoneali più vicine.

Fegato, milza e reni macroscopie. normali. Si conservano i pezzi di sist. nervoso per l'esame istologico.

Il caso si presta a poche considerazioni dopo il numero notevole di casi molto simili da noi già passati in rassegna.

Solo vogliamo notare che la presenza di un neoplasma gastrico, se pure avrà portato qualche variazione e avrà influito in alcuni particolari sintomatici, non dà affatto ragione dei sintomi fondamentali e caratteristici, i quali corrispondono perfettamente al quadro dell' amenza.

**Oss XXVII.** N. Anacleto di Tizzana, n. nel 1838, pellagroso da alcuni anni intermittenemente, nell'autunno 99 si fa inquieto, apatico, fugge di casa e vaga pei campi senza scopo. È ammesso al Manicomio il 5. 12. 99.

Lievemente smarrito, sebbene sia orientato, rammenta solo confusamente le ultime settimane. Ha i riflessi esagerati, i sogni di un progressivo eritema pellagroso. Migliora molto rapidamente ed è dimesso guarito il 25. 1. 900.

Molto lieve psicosi, di cui noi non vediamo che la convalescenza. Esiste ancora qui la caratteristica reazione affettiva generica a quei sintomi elementari, che quando raggiungono una certa intensità provocano il disorientamento. Il disorientamento è però in un certo grado esistito, come lo prova l'incertezza dei ricordi recenti e sopra tutto i dati anamnesticci delle ultime settimane, i quali non permettono il giudizio di amnesia retroattiva.

Manca un colorito affettivo qualunque; si ha un rapido esito in guarigione completa, non appena le condizioni igieniche diventano buone.

Tutto ciò parla in favore di una forma tossica e da esaurimento sintomaticamente forse non ancora ben fissata, eziologicamente da attribuirsi alla pellagra, clinicamente da far rientrare nel capitolo dell' Amenza.

**Oss. XXVIII.** V. Cresci di Vicchio, n. nel 1830, ebbe la pellagra la prima volta nel 1897 senza disturbi psichici. Nella primavera 99 cominciò a mostrarsi molto abbattuto, preoccupatissimo, inquieto.

Nel Dicembre acutamente diventa agitato, non vuole mai andare a letto, molesta tutti, grida, fugge. È ammesso al Manicomio il 21. 12. 99.

Continuo vaniloquio, gira per la stanza, è sudicio.

15. 1. 900. È ancora disorientato, ma ordinato. Va migliorando.

15. 7. 900. È dimesso relativamente guarito.



La sindrome confusionale fondamentale di questo caso è uno di quegli stati detti stati deliranti, i quali si presentano nell'epilessia, isterismo, paralisi progressiva, ecc., ma possono costituire tutta la malattia mentale, come nei casi di delirio febbrile, tossico, da collasso, nelle psicosi da esaurimento e simili stati di analogia eziologia come il presente.

**Oss. XXIX.** C. Maria di Bologna, dimorante a Vicchio, n. nel 1831 è da molti anni affetta da pellagra. Nell'autunno 99 presenta insonnia notevole, deperimento straordinario, inquietudine ingiustificata, sitofobia. È ricoverata al Manicomio il 21. 12. 99.

Eritema pellagroso alle mani e alla faccia. Dispepsia, catarro intestinale. Insonnia. Paraparesi spastica. Refl. esagerati. Parla fra sé sovente: dice di udire colpi e suonar campane. Non è orientata nè per tempo nè per luogo.

Si alza qualche volta di letto e va in giro per la stanza. È pulita.

13. 1. 900. Migliora rapidamente.

8. 6. 900. È dimessa guarita.

Non ostante la gravità dei sintomi somatici e l'antica data del male, l'esito è in guarigione. I sintomi psichici veramente traggono qui squisiti caratteri d'intossicazione acuta, le allucinazioni, il disorientamento completo, la logorrea, tutto durato 3-4 settimane. Le varietà di queste psicosi pellagrose sono numerose e dal punto di vista sintomatico ne esiste una ricchezza enorme.

Clinicamente però, cioè dal punto di vista del decorso e prognosi, almeno in questi casi acuti che noi stiamo studiando, ci troviamo di fronte ad una assoluta uniformità e si tratta cioè sempre di psicosi aventi i tratti fondamentali dell'amenza.

**Oss. XXX.** P. Luisa di Borgo S. Lorenzo, n. nel 1825, pellagrosa da epoca indeterminata, nell'inverno 1898-99 cominciò a mostrarsi confusa e smarrita; siccome era tranquilla si tenne in casa. Nell'autunno divenne agitata e fu messa in Manicomio il 27. 12. 99.

3. 1. 900. Eritema pellagroso alle mani e al viso. Non è capace di stare in piedi. Refl. rotulei normali. Lingua tremula. In letto i movimenti degli arti inferiori si compiono bene. Sensibilità integra. Risponde poco alle domande, quasi mai a tono, non sa dov'è, nè in che epoca siamo. Sa la sua età.

10. 1. 900. È migliorata psichicamente: sa con grandissima approssimazione la data di oggi e suppone di essere al Manicomio di Firenze.

15. 7. Psichicamente sta benissimo. È molto debole. Ha una grave bronchite.

13. 9. Muore di broncopolmonite.

Non ostante l'età avanzata, la diagnosi di demenza senile si può escludere. La morte è avvenuta per malattia accidentale quando la psicosi era già guarita. L'inferma sapeva la sua età. Il disorientamento era molto notevole nell'acme della malattia, e lo smarrimento psichico è esistito lungamente. Tutti caratteri di una psicosi acuta. Di più mancano fenomeni psico-sensoriali e psico-motori, e la lesione si mostra essenzialmente come confusione mentale senza un determinato colorito affettivo di natura morbosa. Perciò anche altre diagnosi si possono facilmente escludere, mentre l'unica possibile risponde alle forme degli stati deliranti e da esaurimento, facienti capo al quadro clinico dell'amenza.

**Oss. XXXI.** G. Luigi di Pistoia, n. 1845, ricoverato all'ospedale di Pistoia in uno stato d'esaurimento grandissimo, dopo qualche giorno essendosi mostrato agitato, logorroico, violento, si manda al Manicomio il 12. I. 900.

Si regge assai male in piedi; riflessi molto esagerati tutti, clono del piede.

È orientato abbastanza bene; non rammenta però quasi nulla della sua degenza all'ospedale di Pistoia (3 settimane). Racconta come da alcuni mesi non potesse più camminare. Dice che da 7-8 anni ogni primavera ha eritema e diarrea. Le mani presentano la pelle lucida e inelastica caratteristica.

15. II. Press'a poco nelle stesse condizioni; sente voci di alcuno che lo chiama, di altri che lo ingiuriano.

29. VII. Ogni tanto ha delle giornate di leggera confusione, allora è successo che egli emettesse feci e urine dove si trovava. Anche i disturbi nervosi e viscerali hanno nel frattempo presentato oscillazioni varie. Nell'aprile e nel maggio è ricomparso un bellissimo eritema sul dorso delle mani; punto diarrea. La voce è talvolta nasale, e nei giorni di peggioramento il linguaggio è incomprensibile.

1. XII. L'eritema persiste molto intenso alle mani, qua e là si ha desquamazione color cioccolatte. Reflessi leggermente esagerati; si regge assai male in piedi; casca prevalentemente all'indietro; lingua senza caratteri speciali; mangia pochissimo, mastica sempre, tanto che sembra rumini, ma ciò non risulta. Risponde a tono, ma non è bene orientato. In che anno sei nato? Nel 44. Quanti anni hai? Non so. In che anno siamo? Non so. Dove siamo qui? Ma! - Nel Manicomio? Non so. Da quanto tempo sei qui? Non so. In che città siamo? A Firenze.

25. XII. È a letto - non si regge affatto in piedi, si lamenta di dolori spontanei agli arti - Molti punti sembrano dolorosissimi alla pressione, specie quelli dove decorrono tronchi nervosi. Pupilla sin > dest. Reflessi rotulei deboli. Psicicamente nulla di nuovo.

Il caso presenta molti lati interessanti, per lo studio della pellagra in genere e delle neuropatie da pellagra non meno che delle psicosi pellagrose.

Innanzitutto abbiamo anche qui una recidiva completa di pellagra, intramanicomiale, tre mesi dopo l'ammissione.

Poi abbiamo una sindrome atassico-paretica che sta ad indicare lesioni spinali indubitate. Psicicamente si riesce con difficoltà a ricostruire un quadro ben definito che rientri in una dei noti capitoli di patologia. Abbiamo di tanto in tanto episodi brevi assai di confusione, a volte con allucinazioni; di più un parziale disorientamento, senza disordine mentale. Tutto ciò dura da un anno e non progredisce. Di demenza non si può parlare: gli episodi psicopatici, non potendo essere designati come stadi di una determinata forma clinica, non possono definirsi che come stati deliranti di natura tossica od autotossica, ovvero, volendo comprendere in una unica formula tutto il quadro, che si riduce ora a parziale disorientamento rispetto al tempo, bisognerebbe subordinare anche questo, come tutti gli altri casi, all'amenza.

**Oss. XXXII. B. Maria di Bagno di Romagna, n. nel 1861, pellagrosa dalla primavera 1899, fu malata tutto l'anno: acutamente fra il 31. XII. 99 e il 1. I. 900 dà segni di alienazione mentale. È inviata al Manicomio il 18. I. 900.**

Segni di pellagra, aspetto denutrito: è agitata, orina e defeca dove si trova; lacera e rompe: non risponde a tono alle domande; i suoi discorsi sono assolutamente sconnessi.

27. XII. 900. Nei mesi passati alternative irregolari di calma e di agitazione. Da qualche tempo aspetto calmo, contegno abbastanza corretto. Lavora volentieri qualche giorno, a volte non vuole lavorare. Interrogata mostra di non ricordare affatto il primo periodo di degenza. « Io credo di esser qui da due o tre anni. Mi si dica che è solo un anno che sono qui, ma io non lo credo ». Sa che siamo in dicembre, non sa il giorno. Conosce le persone. Hai famiglia? Sì, ho un figlio, ma mi hanno detto che è morto (ride). E tu ridi? Eh, se è andato in paradiso!

È molto grassa e di colorito sanissimo: funzioni vegetative ottime. Trova qualche volta da litigare per nonnulla, o comincia spontaneamente a inveire non si sa contro chi. In questi discorsi entra spesso il nome del marito. Nega di essere e di essere stata mai pazza.

Quest'ultimo esame obbiettivo contiene dati così importanti, che noi abbiamo cercato ulteriori informazioni anamnestiche per vedere se era possibile illuminare meglio il quadro della psicopatia.

Abbiamo saputo che la B. M. da molti anni era considerata dalla famiglia e dai conoscenti come una donna molto isterica, cioè strana e originale. L'accesso pellagroso era stato relativamente lieve perchè non aveva dato luogo a disturbi intestinali: soltanto l'eritema alle mani era comparso, e insieme l'inferma accusava debolezza alle gambe; una notevole denutrizione si era mostrata negli ultimi mesi. Pare che avesse già manifestato idee di persecuzione vaghe e sconnesse. Un litigio domestico è stato il punto di partenza all'eccitamento che ha condotto la B. M. nel Manicomio.

Ora, di fronte a questi fatti, lo stato attuale della malata molto difficilmente potrebbe definirsi semplicemente per la convalescenza di un' amenza pellagrosa. Lo stato attuale trae segni di difetto psichico e di alterazione permanente nel contenuto della coscienza: tali segni che noi non abbiamo il diritto di interpretare come residuo della psicosi acuta, ma che forse hanno radice in quei disturbi mentali preesistenti definiti dalla famiglia e dal medico del paese come isterismo. La pellagra è indubbiamente esistita, e il momento debilitante, dovuto all'esaurimento e all'intossicazione, fu molto probabilmente la causa ultima che ha determinato l'episodio acuto della psicopatia. Come giustamente nota il Wernicke, un momento debilitante è in un grandissimo numero di psicosi acute la causa determinante. Qui però, se la pellagra ha giocato una parte nello sviluppo e in alcune modalità della malattia, essa non ne è la causa essenziale: manca qui assolutamente il rapporto fra i sintomi psichici e i sintomi somatici, manca la coscienza della malattia.

Tuttociò mette in vista quali rapporti eziologici e sintomatici possono complicare il decorso e velare i caratteri clinici di una psicopatia. L'episodio acuto può qui avere aggravato le condizioni morbose già esistenti, e la demenza a tipo paranoide, che forse si svolgeva o era permanente in forma mitissima è diventata alquanto più profonda, e tale forse da rendere all'inferma necessaria la permanente reclusione in manicomio.

**Oss. XXXIII.** V. Francesco di Palazzolo, n. nel 1850, dall'inverno 1898-99 pellagroso e psichicamente depresso, entra nel Manicomio il 22. 1. 1900. Tranquillo, leggermente confuso, debolissimo, presenta durante la degenza un continuo lentissimo miglioramento. Facile emotività, paura di tornare a casa per tema di ricadere nella malattia. È dimesso guarito il 24. 8. 1900.

Per il giudizio clinico sulla forma psicopatica lieve, cfr. oss. VI, XII, XXVII ed altre.

**Oss. XXXIV.** C. Caterina di Rocca S. Casciano, n. nel 1852, è ricoverata nel Manicomio il 1. 2. 900. Presenta eritema pellagroso alle mani e ai piedi. È di umore depresso; parla poco; si lagna di dolori alle gambe, al dorso, allo sterno. È di aspetto deperito. Interrogata risponde a tono: ma è male orientata per il tempo.

15. 4. Col miglioramento fisico subentrato è più serena anche di umore.

21. 6. È dimessa guarita. Essa racconta che solo l'anno precedente ebbe pellagra e che la testa un po' confusa se la sentiva fin dal Dicembre passato (99).

**Oss. XXXV.** M. Domenico di Galeata, n. nel 1862, fu una prima volta nel Manicomio dal 30. 5. 98 al 2. 6. 98 per confusione mentale ed esaurimento da pellagra. Nell'inverno 99-900 ricadde in uno stato di grave confusione e agitazione per cui fu riammesso al Manicomio il 17. 2. 900.

Incerto nel camminare, di colorito pallido, l'infermo domanda di rimanere a letto perché è tanto debole. Risponde alle domande ordinato, e anche orientato, sebbene egli dica sempre ma., mi pare., non sono sicuro. In poche settimane si rimette.

Parte guarito il 7. 7. 1900.

**Oss. XXXVI.** T. Bernardo di Dovadola, n. nel 1840, ebbe più di una volta pellagra. Nell'inverno 1899-900, senza riavere l'eritema, riebbe più gravi disturbi gastro intestinali, debolezza generale, insonnia, bruciore insopportabile alle gambe.

Fu ammesso al Manicomio il 22. 2. 900. Mentre ha spiccati tutti i sintomi della pellagra, psichicamente non presenta che una certa depressione, ma non sproporzionata alle sue pessime condizioni fisiche; il suo contegno è normale. Parla poco e sta volentieri a letto.

Interrogato, risponde a stento; è incerto nelle informazioni che dà, e che, lente e povere nella forma, sono però molto approssimativamente esatte nel contenuto.

15. 11. Rammenta tutte le sue sofferenze passate. Dice che ancora di quando in quando ha gravi dolori all'addome, disturbi intestinali e debolezza alle gambe. Rammenta come nel 1893 ebbe la prima volta la pellagra. Non capisce come l'abbiano portato al Manicomio, mentre egli non ebbe mai altro che debolezza e disturbi digestivi.

**Oss. XXXVII.** V. Giuseppe di Rocca S. Casciano, n. nel 1864, pellagroso con breve episodio psicopatico nel 1899, non fu ammesso allora nel Manicomio. Recidivo nell'inverno seguente, si manda ed entra nel Manicomio il 28. 2. 1900.

È orientato per tempo e luogo; non ha ricordi chiari della sua malattia. Lo stato di nutrizione è scadente, ma in pochi giorni si rimette a buono. Si capisce che già all'ammissione era principata la convalescenza.

È dimesso guarito il 13. 3. 1900.

Questo caso, come i 4 che precedono, ed altri già visti (II, VI, XVII ecc.) presentano le forme lievi di psicosi pellagrosa, che non sempre cadono sotto l'osservazione dell'alienista. Veramente in alcuni di questi sono, o sembrano essere, esistiti sintomi psicopatici piuttosto gravi, ma fugacissimi; cosicchè a noi non fu dato constatare che lo svanire delle ultime manifestazioni morbose. In tali casi la natura del residuo, cioè una incertezza nei ricordi dell'episodio acuto e un persistente lieve smarrimento, svela la natura della malattia; o per lo meno, la riconduce a un tipo ben noto. Nelle forme poi lievissime, noi siamo a mala pena autorizzati ad una diagnosi, nella stessa maniera che in ogni malattia locale e generale, acuta e cronica, i disturbi psichici sempre concomitanti non costituiscono che in determinate e relativamente rare occasioni una psicosi.

Quello che occorre osservare nella pellagra è che questi disturbi psichici generici leggeri sono realmente unicamente forme molto leggere delle psicosi pellagrose, e anzi questi disturbi non classificabili contengono in sè la nota essenziale e ciò che di più caratteristico hanno le psicosi pellagrose nelle loro varie manifestazioni. Il che ha una importanza notevole per la definizione di queste psicosi.

Nelle forme lievi adunque, che noi stiamo esaminando, i disturbi psichici essenziali sono: senso di sfinimento, incertezza e lentezza d'ideazione, apatia, irritabilità: non siamo ancora alle angosce e al delirio da inedia, ma ce ne sono gli accenni nei sintomi detti, che costituiscono un giusto riscontro psichico alle condizioni somatiche in cui si trovano questi pazienti. Tanto che riesce difficile nei casi più miti chiamare disturbi psichici questi, che sembrano una reazione psichica più che giustificata e normale allo stato delle funzioni vegetative profondamente alterate.

**Oss. XXXVIII.** M. Luigi di Rocca S. Casciano, n. nel 1839. Nell'inverno 1899-900 sentendosi molto debole e affetto da catarro intestinale ed eritmea cominciò a manifestare un profondo disgusto della vita e divenne molto irascibile.

Non riconosce più le persone di casa nè i luoghi, è agitato, vuole ammazzarsi. Si ammette nel Manicomio il 4. 3. 900.

Presenta tutti i sintomi della pellagra in fiore. È magrissimo, agitato, clamoroso. Mangia a stento, è sudicio. Parla sovente di cose sconnesse, risponde raramente a tono, mai esattamente. Dura presso che immutato (solo negli ultimi giorni con qualche periodo di sopore) fino al 26. 3. 900. Muore.

Vedi Oss. VIII, XXIV, ecc.

**Oss. XXXIX.** P. Tommaso, di Prato n. nel 1823, da 5 o 6 anni pelligroso e più volte per questa cagione ricoverato nell'ospedale. Nel 1899 presenta vertigini frequenti e una certa confusione mentale.

È inviato al Manicomio l'11. 3. 900. Andatura paretica spastica, affettività viva, orientamento buono.

15. 9. L'iufermo ha periodi di debolezza facilissimamente diarrea; l'andatura è un po' migliorata. Psicicamente nulla di notevole: tranquillo e relativamente sereno, il malato trova un po' ingiusta la sua reclusione in Manicomio. Riconosce di essere ammalato, debole, ma non pazzo. Interrogato si mostra ordinato, lucido, orientato. Pare che realmente prima dell'ammissione al Manicomio abbia avuto un periodo di confusione mentale.

Nessuna diagnosi psichiatrica.

**Oss. XL.** D. T. Giuseppa di Castelfiorentino, n. nel 1847, pelligrosa dalla primavera del 1899, non si rimette durante tutta l'annata. Anzi va deperendo sempre più. Nell'autunno si manifestano sintomi psichici. Non parla, sta immobile, non si occupa di nulla. Ora invece grida contro tutti; fugge di casa. Si ammette al Manicomio il 16. III. 900.

Eritema pelligroso. Aspetto profondamente denutrito. Logorrea. Confusione mentale. Si alza di letto, gira per la stanza giorno e notte.

21. III. È più tranquilla, ma più accasciata, bisbiglia frasi sconnesse. Questo stato dura presso che invariato quasi tre mesi.

14. VI. 900. Morte.

All' autopsia, di macroscopicamente visibile: sostanza cerebrale anemica, fegato con incipiente degenerazione grassa; milza 2 volte il volume normale, spappolabile. Tutto il resto normale.

**Oss. XLI.** V. Paolo di Marradi, n. nel 1858 da padre alienato (non si sa di che forma). Come pelligroso, depresso e confuso è mandato al Manicomio 16. III. 900.

È calmo, non parla spontaneamente, non conosce il luogo dov'è; dice: io non so quel che mi dico.

17. III. Agitato; emette suoni inarticolati; fugge qua e là come spaventato. Non rimane in letto. Non dorme; urina e defeca a letto. Non risponde alle interrogazioni.

18. III. Sempre agitato; mugola, urla, dice: Mio Dio! Mio Dio! Tutti i muscoli sono ipertonici. Reflessi tendinei vivacissimi. Temperatura normale, polso piccolo.

23. III. Calma relativa, riflessi non molto esagerati, polso quasi normale. Risponde alle domande. È completamente disorientato. Piange molto al ricordo della famiglia.

24. III. Scambia le persone. Vede fuoco. Teme di essere ammazzato. Alternative di agitazione e di stupore.

29. III. Relativa calma. Non rammenta nulla dei giorni scorsi. Dice solo che gli pareva di cadere nell'acqua.

13. IV. Sempre disorientato. Riconosce di essere malato di mente.

14. IV. Ricade in grave confusione agitata che perdura fino ai primi giorni di maggio.

30. V. Migliora continuamente di fisico e di mente.

6. VII. Parte guarito.

**Oss.** XLII. U. Biagio di Terra del sole, n. 1838, da qualche anno pella-groso, presenta acutamente agitazione a scatti, e momenti di logorrea, alter-nati con stupore. Tenta ferirsi al capo con un'arma contundente. È ammes-so al Manicomio il 21. III. 900. Sta 15 giorni nello stesso stato di profon-da confusione. ora agitato e clamoroso, ora stuporoso, e muore il 6. IV. 900.

**Os.** XLIII. T. Antonio di Modigliana, n. nel 1832, sofferente di pellagra da tempo indeterminato, cominciò a dar segni di alienazione mentale nel-l'autunno del 1899. È confuso, smarrito, sta settimane intere senza parlare e poi ha periodi di logorrea e agitazione; non è potuto trattenere in casa, fugge per i campi senza direzione nè scopo.

Amnesso al Manicomio il 10. IV. 1900. Non si regge affatto sulle gam-be, rifiuta il cibo, non dorme, è clamoroso. Risponde confusamente alle do-mande, perde feci e urine. Muore sette giorni dopo 17. IV. 900.

Autopsia: diploe abbondante e molto colorita, sostanza cerebrale normale. Cuore adiposo. Fegato pallido. Milza grossa, polpa dura, rosea. Reni macro-scopio. normali. Stomaco dilatato, intestino coperto di catarro.

**Oss.** XLIV. L. Giovanni di Portico, n. nel 1844, fu per la prima volta al Manicomio dal 20. IV al 16. V. 1899 per confusione mentale ed esauri-mento, legati ad altri sintomi caratteristici di pellagra. Nella primavera 1900 recidivo. Il 13. IV è riammesso al Manicomio.

Mani e viso fortemente eritematose: non ci sono disturbi intestinali. Stato di nutrizione scadentissimo.

L'infermo è sconsolato, si sente perduto. Non ha forza nemmeno di par-lare. Se interrogato, mostra realmente di rispondere con gran pena ed è dif-ficilissimo levargli informazioni. Tutte le sue risposte sono molto lente, tar-de e sopra tutto incerte. Sa di essere in primavera e a Firenze, non di più.



5. V. È migliorato, risponde a tono e abbastanza franco. Sa di essere in Manicomio, si mostra orientato per tempo.

26. VII. Dimesso guarito.

**Oss. XLV.** C. Domenica di Portico S. Benedetto, n. nel 1858, figlia di padre pellagroso, anemica, con eruzione pellagrosa e disturbi gastro-enterici diede nel dicembre 1899 segni di alienazione mentale. Trascura la casa e i figli, non mangia e non dorme, esce in strada in camicia. Si ammette al manicomio il 19. IV. 900.

20. IV. Si alza sempre di letto e gira per la stanza, disfa il letto, parla fra sè. Risponde poco, è completamente disorientata per tempo e luogo; mangia da sè, ma poco.

30. V. Sempre nello stesso stato. È solo più tranquilla, sta in letto. L'eruzione pellagrosa è quasi scomparsa. Lo stato di nutrizione è sempre molto scadente. Psicicamente, confusione.

10. VI. È straordinariamente debole. Pupille spesso midriatiche e con reazione lenta (esclusa azione di joscina o di altri medicamenti).

14. VI. Muore.

**Oss. XLXI.** B. Lorenzo di Barberino di Mugello, n. nel 1845, pellagroso da moltissimi anni, figlio di madre alienata, fu nel 1898 la prima volta in Manicomio (2. VIII. 12. XII) per confusione e depressione da pellagra come fu allora diagnosticato. Recidivo nella primavera del 1900, fu riammesso al Manicomio il 21. IV. 1900.

Presenta irrequietezza, parla facilmente di sè, del proprio male, dice che è malato fin da ragazzo di pellagra, che ha perduto l'aspetto umano, che non è più degno di vivere. Accusa cefalea, debolezza, incapacità a tutto. Stato di nutrizione scadente. Orientazione incerta.

VI. 900. Migliora, parla pochissimo, è tranquillissimo, è orientato.

IX. 900. Non vuol mangiare, non risponde se interrogato, o risponde disordinato.

XI. 900. Dopo poche settimane è di nuovo migliorato e ha da allora un contegno corretto. È orientato, rammenta ma non con certezza gli episodi della sua malattia.

XII. 900. Nulla di nuovo.

**Oss. XLVII.** P. Lorenzo di Premilcuore, n. nel 1837, dal 1888 pellagroso, dal febbraio 1900 smarrito, confuso, depresso, con idee sconnesse.

Si riceve nel Manicomio il 25. IV. 1900.

2. V. Apatico, il malato si lagna di dolori alle gambe, è tranquillo, leggermente confuso.

20. XI. Aspetto fisico migliorato dall'ammissione, segni di pellagra scarsi alle mani; andatura paretico spastica, refl. rotulei esagerati. Interrogato, dice di avere 60 anni di età; non sa dire in che anno siamo, però sa che

siamo in XI, e che è entrato in Manicomio nell'aprile. Perchè ti hanno portato al Manicomio? Per la pellagra, ero tanto debole! Eri triste o allegro allora? Ero confuso, avevo la testa confusa.

**Oss. XLVIII.** C. Angiolo di Pistoia n. nel 1840, malato di pellagra da un numero indeterminato di anni, è ammesso prima nell'ospedale di Pistoia per stato di esaurimento e di là trasferito al Manicomio il 3. V. 900.

14. V. Residui di eritema alle mani, stato di nutrizione scadentissimo. Grande emotività; piange e ride per nulla. Comincia a volte un discorso di cui non si arriva a capire il nesso, interrotto da risate e da esplosioni di pianto.

È disorientato per tempo. Talvolta risponde esattamente sul luogo. A volte è abbastanza lucido, ma dopo alcune risposte non sa più sostenere la conversazione.

20. VI. Da ieri è rifuorito un pronunciato eritema alle mani e alla faccia. Sebbene psichicamente migliorato specie nell'emotività, presenta però ancora segni di confusione mentale.

1. VIII. È in via di perfetta guarigione.

5. IX. Si dimette guarito.

**Oss. XLIX.** F. Leone di Campi Bisenzio, n. nel 1833, è mandato nella primavera del 1900 alla Clinica dermosifilopatica per eritema alle mani e al viso, giudicato subito eritema pellagroso. Dalla detta Clinica, a cagione di uno stato di smarrimento psichico per cui il malato fa discorsi sconnesi, gira le corsie gesticolando e bisbigliando, emette feci e urine per terra o in letto, si invia al Manicomio il 4. 5. 900. È debolissimo, deperito, leggermente agitato. Non risponde a tono.

10. 5. Migliora. Parla più ordinato, è pulito e tranquillo.

25. 5. Coscienza perfetta di malattia fisica e psichica. Rammenta solo parzialmente i particolari della sua vita dell'ultimo mese. È ancora debolissimo, anemico: si stanca facilmente. Dopo 1¼ d'ora di conversazione non risponde più, o male.

15. 6. Si alza ed è notevolmente migliorato.

13. 8. Esce guarito.

Questi ultimi dieci malati (casi XL-XLIX) entrati complessivamente fra il 16. 3. e il 3. 5. sono tutti molto tipici e non possono dar luogo a discussioni diagnostiche. La stagione propizia alla pellagra ha mandato anche da luoghi non molto infestati dalla malattia, ma uniformemente dalla provincia di Firenze, la serie tipica di stati deliranti confusionali in forme varie sintomaticamente, ma tutte a decorso acuto con esito in guarigione ovvero con rapido esito letale.

Di particolarmente degno di nota troviamo le alternative di agitazione e di stupore, come già dicemmo, proprie dei casi mortali (caso XLII, e casi XVII, XXVI), presentatesi anche in un caso che poi guarì (XLI). La forma a fisionomia ipocondriaca presentata dal caso XLVI, con le idee di negazione, l'andamento irregolare si scosta un poco dagli altri quadri. Una diagnosi diversa però non è possibile, e solo si potrebbe sospettare che una grave disposizione ereditaria faccia assumere alla psicosi dei tratti irregolari.

Il caso XLVIII ha presentato una recidiva intramanicomiale.

**Oss. L. M. Teodora di Firenzuola**, n. nel 1866, pellagrosa dal 1898 acutamente ai primi del Maggio 1900 comincia a far discorsi continui sconsigliati e confusi. Si manda al Manicomio il 5. 5. 900.

E molto anemica, esaurita. Parla tra sè e anche ad alta voce di mille cose diverse. Interrogata si mostra disorientata, confusa.

10. 6. Sta meglio; si mostra un po' depressa, piange facilmente, desidera di andare a casa.

17. 8. Si dimette guarita.

Il tono psichico depresso si ha solo nella convalescenza, dopo che l'episodio psicopatico ha già oltrepassato l'acme. Si potrebbe obiettare che ciò che noi talvolta chiamiamo convalescenza è la vera e propria malattia, di cui l'episodio confusionale è uno stadio iniziale o intercorrente. Realmente noi vediamo talvolta, come in questo caso, la confusione, l'agitazione durare pochi giorni e uno stato di debolezza e depressione, con facilità al pianto, qualche idea delirante di natura melanconica durare molti mesi. Però si noti in questi lunghi stadi lo sparire lento del disorientamento e del disordine mentale, anche quando il contegno si è rapidamente fatto normale come abbiamo già più volte notato. Di più la citata melanconia non è in generale sproporzionata alle condizioni somatiche o famigliari di questi pazienti, sovente ridotti ad un grado di miseria fisiologica che non ha pari se non nella loro miseria economica.

*(continua)*

## Un caso di doppio suicidio trasformatosi in omicidio-mancato suicidio

del Dott. R. Tambroni

Il valore giuridico e la psicologia del *doppio suicidio*, di questa *forma a due* di degenerazione, divenuta in questi ultimi tempi tanto frequente, sono stati studiati per opera principalmente di sommi giuristi e sociologi italiani, dei quali basti citare il Carrara (1), il Ferri (2) e il Sighele (3). Quest'ultimo poi, come è noto, ha, dal lato psicologico, trattato l'argomento in modo molto diffuso in due pubblicazioni, e nella seconda di esse, sotto il titolo « *La coppia suicida* », nel 1.<sup>o</sup> capitolo di quel bellissimo studio di psicologia morbosa che è la *Coppia criminale* (3).

Fino ad ora però i casi di *doppio suicidio* registrati nella letteratura non sono moltissimi, o per lo meno, per essere stati la maggior parte di essi raccolti in epoche posteriori all'avvenimento e tratti semplicemente da resoconti di giornali politici, senza alcuna conoscenza della personalità psichica degli attori, non offrono tutte quelle garanzie che il metodo positivo giustamente esige e con le quali soltanto possono ricevere sanzione le teorie scientifiche.

Seguendo quindi l'esempio di alcuni miei egregi colleghi alienisti (4), ho creduto bene di rendere pubblico un caso molto importante di *coppia suicida*, caduto sotto la mia osservazione e da me studiato. E ciò mi è sembrato tanto più opportuno in quanto, per la frequenza, con la quale fatti del genere occorrono oggi nei Tribunali, è utile anzi necessario diffondere le conoscenze a questo riguardo, perchè periti e giudici, popolari o togati, apprezzando giustamente il loro valore psicologico e giuridico e non traviati da vieti concetti tradizionali, disgraziatamente tuttora

---

1) Carrara. Programma. Nota I al § 1157 ecc.

2) Ferri. L'omicidio-suicidio. 4. Ediz. Torino, 1895.

3) Sighele. L'evoluzione del suicidio all'omicidio nei drammi d'amore. *Arch. di Psichiatria, Scienze penali ecc.* 1891. pag. 436. Id. *La coppia criminale*. Torino, 1893.

4) Amadei. Un omicida-suicida. Relazione psichiatrica. *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1893 pag. 286. — Antonini. Omicidio del consenziente e suicidio mancato per emozione. *Scuola positiva* 1894. Fasc. 16.

sostenuti dall'alta autorità di giuristi eminenti, non mettano senz'altro in non cale il nostro responso sincero e disinteressato e possano seguire la retta via nella amministrazione della punitiva giustizia.

Bettino F. di anni 23, operaio, residente a Finale di Rero (Copparo), amareggiava da tempo con Maria C. di anni 17, pure residente nello stesso luogo, ragazza a detta di tutti onesta e presa da forte amore per F., dal quale era ricambiata.

Nessun fatto spiacevole e nessun litigio avevano mai turbato lo svolgersi normale di quell'amore, quando un giorno il Bettino, stretto dal bisogno di procurarsi altrove lavoro, dovette manifestare alla Maria la sua intenzione di andarsene a procurare poco lontano, la qual cosa per qualche tempo avrebbe loro permesso di vedersi soltanto la festa.

Tale notizia impressionò fortemente la giovane, la quale non solo si lagnava coll'amante stesso della sua determinazione, perchè, ad onta delle sue ripetute proteste di affetto, temeva che, una volta lontano, la dimenticasse, ma con alcune sue amiche disse ripetutamente e in modo assai reciso che, *non potendo vivere senza di lui neppure un giorno*, avrebbe ostacolato la sua partenza e, piuttosto che vederlo partire, *lo avrebbe indotto a morire insieme*.

La mattina del giorno 7 Agosto 1899, fra le 9 e le 10 del mattino, il Bettino si recò a casa della Maria per salutarla, dicendo che più tardi sarebbe partito, rinnovandole le solite caldissime proteste di amore e promettendole che le avrebbe scritto e che il suo pensiero sarebbe stato sempre a lei rivolto.

La Maria però, piangendo, trasse il Bettino nell'orto in luogo nascosto da piccoli alberi, lo scongiurò a non allontanarsi e, forse nella convinzione che il partire per trovar lavoro fosse un pretesto per abbandonarla, gli propose di morire insieme, al che il Bettino, vedendola tanto addolorata e piangente, accondiscese.

Allora la Maria si recò in cucina e, senza destar sospetti alla madre che in quel luogo si trovava, riuscì a prendere un lungo coltello, che nascose sotto il grembiule e, tornata nell'orto, lo consegnò al Bettino perchè la uccidesse e poi rivolgesse il ferro contro sè stesso. E il Bettino, preso il coltello, lo inferse nel collo alla ragazza e poi, vedutala cadere a terra, rivolse l'arma contro sè stesso, colpendosi nel collo e precisamente nella stessa regione nella quale aveva colpito l'amante.

La ragazza, per la ferita che le recise la carotide e la vena succlavia di sinistra, morì immediatamente senza profferir parola. Il giovane riportò una semplice e lievissima ferita nella parte anteriore del collo, nella quale però rimase infitto il coltello, che venne estratto dal fratello della morta, accorso subito dopo avvenuta la tragedia.

Il Bettino fu arrestato, imputato di omicidio volontario e tradotto innanzi alla Corte d'Assise di Ferrara il giorno 5 Dicembre 1899.

Io in quella causa fui dall'egregio Avv. G. Buzzoni chiamato come perito a difesa.

∴

L'imputato in tutti i suoi interrogatori anteriori al processo, cioè nel periodo istruttorio, ammise i fatti come noi li abbiamo superiormente esposti senza alcuna reticenza e senza alcuna contraddizione. L'atto d'accusa anzi fu redatto precisamente sul suo racconto stesso, non oppugnato, nemmeno in qualche piccolo particolare, da alcuno dei testi.

All'udienza il Bettino era in preda a tale emozione, che l'interrogatorio riuscì quasi impossibile. In sulle prime non fu dato ottenere da lui alcuna risposta, tanto che l'udienza medesima si dovette addirittura sospendere. In seguito, mercè il conforto dei giudici e del difensore, l'interrogatorio poté essere ripreso, ma con fatica e a stento l'eccezionale Sig. Presidente riescì ad ottenere da lui risposte monosillabiche miste a pianto.

Dallo svolgimento del processo risultò che l'imputato era buono e mite, amante del lavoro e *giovane di rispetto*. Da taluno si disse che egli era un pò volubile, di temperamento malinconico e amante della solitudine, e fu data molta importanza al fatto che il Bettino, non ostante che fosse analfabeta, fu veduto spesso dipingere sui banchi e sui muri figure, paesaggi, ponti ecc.

La Maria, vale a dire l'uccisa, era giovane intelligente, bella, forte, imponente e di carattere allegro. Qualcuno la giudicò un pò strana.

∴

Come abbiamo già detto superiormente, fra gli amanti non ebbe mai a verificarsi alcun dissapore e alcun serio contrasto; ambedue le famiglie non solo approvavano, ma erano completamente soddisfatte dell'amore dei due giovani.

Parecchie amiche della uccisa deposero che costei, nel ritornare a casa coll'amante, fu qualche volta vista piangere, che più volte aveva manifestato l'idea di uccidersi col suo Bettino e che andava spesso ripetendo avere il presentimento di fare una brutta morte ecc. ecc.

Il giorno innanzi al fatto la Maria fu vista più nervosa del solito; girava all'intorno per un prato con la testa scoperta esposta al sole e, richiesta del perchè facesse in quel modo, rispose che voleva tanto bene a Bettino che le sembrava di *impazzire*.

La mattina stessa del triste avvenimento la Maria fu vista piangere e, strano contrasto, era vestita da festa.

Sul contegno del Bettino dopo il fatto si disse che, quando il fratello dell'uccisa, accorso sul luogo della tragedia e veduta morta la sorella, gli

disse « *Bettino mi hai tradito* », egli rispose: *hai ragione....., ammaziami*. E, così dicendo, si aprì la camicia e gli offrì il petto perchè lo ferisse.

In seguito si gettò sul cadavere della Maria e poscia cadde in tale stato di prostrazione da indurre il dott. Tognoli, chiamato d'urgenza, a somministrargli degli eccitanti.

Tutti i testimoni, e perfino i genitori della povera morta, concordemente espressero la convinzione che i due amanti avessero obbedito ad un *accieciamento passionale* e che fosse stata la Maria la prima a ideare il progetto, che fece poi accettare al Bettino.

Il caso del Bettino e della Maria ripete senza dubbio il caso della coppia passionale, della *coppia suicida* cioè, trasformatasi per circostanze speciali (emozione ecc.) in *omicida-suicida*.

Non mi fermerò a lungo per dimostrare che il Bettino, nell'immergere il coltello nel seno della Maria, non poteva essere dominato da altro movente che quello di obbedire alla volontà di lei, cui tormentava prepotente il desiderio egoistico di morire insieme.

I due giovani si amavano reciprocamente, nessuna nube era mai sorta a turbare il loro amore, ambedue le famiglie avrebbero veduto volentieri la loro unione, la Maria era addirittura schiava della sua passione; quale ostacolo dunque avrebbe potuto formare per il Bettino, buono e mite, la vita della Maria, tanto da indurlo a troncarla così crudelmente?

Ma, oltre a questi elementi, che chiameremo negativi, ne abbiamo dei positivi che suffragano la tesi. Il contegno precedente della ragazza, con i tristi presentimenti ripetutamente e chiaramente manifestati alle sue amiche, e il fatto di essere ella stessa andata a prendere in casa il coltello, adoperando ogni arte per eludere la vigilanza della madre, non lasciano alcun dubbio al riguardo, quando anche non si volesse tener conto della attestazione addirittura plebiscitaria di tutti i testimoni, e specialmente dei genitori della Maria, i quali esclusero recisamente ogni altro motivo che avrebbe potuto indurre il Bettino ad ucciderla e dissero, esprimendosi in diverso modo, che quel brutto fatto non era stato che il prodotto di un *accieciamento passionale*.

Ma v'ha di più. Lo studio di questi drammi passionali ha ormai assodato che essi vanno accompagnati a fatti costanti e regolati pure da leggi costanti. E così:

1) nella coppia di due amanti vi è sempre uno che *dipende* psicologicamente dall'altro : l'uno ha la volontà, l'altro l'esecuzione, l'uno è la testa l'altro il braccio. Ciò si ripete anche nella amicizia e nella politica.

2) nel caso del *doppio suicidio* l'idea della soppressione di ambedue spunta prima nella mente di uno solo (*incube*), che per suggestione la fa accettare dall'altro (*succube*).

3) la donna assai spesso domina l'uomo che la segue ed è talvolta il suo cieco strumento.

4) una delle particolarità più strane di questi casi di doppio suicidio per amore consiste nel fatto che colui, il quale decide la strage e vi persuade l'altro, non è quasi mai l'autore materiale della propria e dell'altrui uccisione. Invece chi vibra il colpo all'amante e poi a sè stesso è sempre il più debole, quegli che non voleva morire e che si è lasciato trascinare al passo estremo dalle insistenze dell'altro.

Ora queste leggi generali trovano perfetto riscontro nel caso nostro particolare; difatti in questo, come abbiamo veduto, era il Bettino buono e mite, che *dipendeva* psicologicamente dalla Maria, giovane bella, intelligente e forte; l'idea della soppressione di ambedue sorse prima nella mente della Maria, che la fece accettare al Bettino; l'autore materiale della strage fu il Bettino, il più debole, che si era lasciato trascinare al triste passo dalle insistenze della Maria.

Non v'ha dunque il minimo dubbio che nel caso del Bettino e della Maria si trattasse di un esempio classico di *coppia suicida*, trasformatasi per circostanze speciali in *omicida-suicida*.

Per il fatto che il Bettino non riuscì che a procurarsi una semplice e leggerissima ferita, fu da taluno sospettato della sua vera intenzione di uccidersi, ciò che avrebbe potuto gettare una cattiva luce sulla purezza del dramma passionale. A me però, sulla base di molte delle ragioni superiormente esposte, del fatto che la ferita del Bettino aveva la stessa localizzazione di quella della Maria (fenomeno quasi costantemente osservato in questo genere di drammi passionali) e della frequenza con la quale accade che la *emozione* tolga all'attore principale la possibilità di effettuare la propria uccisione, non ostante la sua intenzione più ferma e decisa, non fu molto difficile il dimostrare l'inattendibilità di quel sospetto.



I positivisti pongono la spiegazione di tutti questi drammi passionali nella *suggestione* spinta all'estrema manifestazione cui essa può giungere, vale a dire alla forma *patologica*.

Ed ecco perchè io, non ostante la natura passionale del caso, la quale natura ha fino ad ora per i giuristi valso quasi sempre a non far prendere neppure in considerazione la questione della responsabilità, pure nella ferma convinzione che il Bettino e la Maria si trovassero in quel giorno, e specialmente in quel momento, in tale stato di *morbosità* di mente da togliere loro la *libertà* dei propri atti, mi pronunciai per la *completa irresponsabilità* del Bettino, tesi che fu accettata dal Pubblico Ministero, il quale conseguentemente ritirò l'accusa.

I Giurati sanzionarono col loro voto la mia tesi e mandarono assolto il Bettino.

## APPENDICE

Nel mese di Marzo ultimo passato, quando cioè era già scritta questa piccola nota, fui dall'egregio Avv. A. Aldini chiamato come perito in una causa che si dibatteva alla Corte d'Assise di Ferrara.

Riassumo brevemente i fatti.

B. Damaso, falegname, di 48 anni circa, ammogliato col solo rito religioso, contrasse relazione intima con la B. Maria più che quarantenne, compagna del suo amico F. Luigi mercantino e campagnuolo, legata a questo, alla sua volta, col solo rito religioso. La tresca durava da due o tre anni con una assiduità veramente eccezionale da parte di Damaso e con una tolleranza da parte di Luigi fino al punto di non fare questi alcun caso se l'amico, anche due o tre volte la settimana a qualunque ora e percorrendo una distanza di 20 chilometri, favoriva di visite la sua famiglia, di dividere spesso con lui il modesto desinare e di spingere l'ospitalità fino a dividere coll'amico medesimo il talamo nuziale, con la precauzione però di fare accedere a questo svestita la compagna soltanto dopo spento il lume.

Pare che anche prestiti di denaro e interessi di altro genere passassero fra i due amici.

A un dato momento, chi dice perchè Luigi aveva aperto gli occhi, chi dice perchè non potevano essere continuati gl'interessi fra i due amici, essendo a Damaso venuto meno il denaro, viene a questo dal primo assolutamente proibito di metter più piede in casa sua.

Damaso ubbidisce e si rassegna a questa ingiunzione, ma non si rassegna a far senza della Maria, la quale alla sua volta, se non riceve più in casa Damaso, accetta però di trovarsi con lui poco lungi dalla sua abitazione e in altri luoghi.

In uno di questi ritrovi, e precisamente il giorno 3 Agosto 1900, mentre la Maria era intenta a tagliare la canapa, Damaso esplode un colpo di rivoltella contro la Maria, colpendola alla fronte, e poi rivolge l'arma contro di sè colpendosi pure alla fronte, presso a poco nella stessa regione.

Ambedue cadono storditi in terra, e prima a riaversi è la Maria, la quale non grida nè impreca, e con Damaso, anch'esso poco dopo riavutosi, rincasa e là pulisce del sangue, che gli colava dalla ferita, l'amante, gli cambia parecchi oggetti di vestito, sostituendoli con altri simili del suo compagno, ecc. ecc.

Damaso si trattiene del tempo ancora presso la Maria e poi si allontana. La palla non gli era penetrata nel cranio, ma gli aveva prodotto soltanto un solco abbastanza profondo nel tavolato esterno.

La Maria invece, cui il proiettile era penetrato nel cervello, dopo alcune ore incomincia a star male e dopo tre giorni muore.

Damaso allora si costituisce spontaneamente all'Autorità Giudiziaria, e il giorno 21 Marzo viene tradotto innanzi alla Corte d'Assise imputato di *omicidio volontario*.

Al dibattimento l'imputato disse che Luigi F., compagno della sua amante, era tacito conoscitore del loro amore da un pezzo. Sostenne che, in seguito allo sfratto datogli da casa sua, ciò che rendeva difficili i suoi rapporti con la Maria, venne a questa l'idea di uccidersi insieme, idea che, ripetutamente insistente dall'amante, fece breccia nell'animo suo fino al punto di fargliela accettare.

Le testimonianze di questo dramma passionale non furono concordi come quelle del caso del Bettino e della Maria, che abbiamo esposto superiormente. Ed era naturale che fosse così, anche per ragioni facili a comprendersi.

Sta il fatto che al colpo esploso da Damaso contro la Maria non seguì da parte di questa alcun grido di spavento o di dolore nè alcuna chiamata al soccorso. Nessuno di coloro che avvertirono i colpi di rivoltella esplosi da Damaso e che, per la vicinanza alla località, avrebbero dovuto certamente udire grida e invocazioni se vi fossero state, seppe dir nulla a questo riguardo.

Sta pure il fatto che la Maria, quando, ritornata a casa, venne dai famigliari interrogata sull'accaduto e sul sangue che le colava dalla ferita nascosta dai capelli, cercava ogni maniera per tener celato tutto e per togliere ogni importanza ai fatti.

Fu chiamato il medico, contro la volontà della donna ferita, ed esso dovette tornarsene via senza aver potuto compiere il suo mandato, perchè la Maria vi si oppose.

Il Brigadiere dei Carabinieri, accorso col Medico sul luogo, depose che giunto là, non riusciva a comprendere quel che fosse avvenuto, e tutto pareva una *commedia*. Disse che la donna, appena egli si presentò in casa, si irritò e, vedendolo, domandò che cosa fosse venuto a fare. Soggiunse anzi, rivolgendosi ai famigliari: *perchè avete chiamato i Carabinieri e (alludendo al Damaso): adesso lo farete arrestare...., e lui non ne ha colpa*. La nipote sembrava che desse ragione, o per lo meno scusasse il feritore; il compagno, Luigi F., stava zitto.

In contraddizione con queste deposizioni stanno quelle di quest'ultimo (il quale, a quanto sembra, incominciò a *mettersi fuori* soltanto quando le condizioni della donna ferita divennero pericolose), della nipote e di qualche altro. Da costoro si disse che la Maria ai famigliari avrebbe raccontato essere stato Damaso a farle la proposta di uccidersi insieme o meglio averle esso detto che col revolver avrebbe voluto uccidere lei e poi sè stesso; ma che essa avrebbe risposto che se lo avesse voluto fare, lo avesse fatto, ma che per conto suo non ne aveva voglia. Si disse pure che Damaso le avesse con minaccia imposto di tacere sull'accaduto e di consegnargli oggetti di vestito per cambiarsi; e finalmente da un teste fu deposto che la Maria la sera stessa del fatto e all'Ospedale avrebbe imprecato contro Damaso, dicendo: *traditore, birichino mi ha rovinata*.

∴

All'esame obbiettivo, da me praticato negli intervalli durante lo svolgimento del processo, si ottennero i seguenti risultati:

Cranio mesocefalo; fronte un pò sfuggente; leggerissima asimmetria facciale.

La sensibilità, specialmente dolorifica, non è uniformemente simmetrica. Qualche zona iperestetica notasi particolarmente a destra. La motilità è normale.

I riflessi cutanei e tendinei, e fra questi ultimi di più il rotuleo, sono un pò esagerati a sinistra.

Le pareti delle arterie accessibili alla palpazione non appaiono degenerate. Il cuore pulsa un pò forte e presenta ogni tanto qualche aritmia.

La fisionomia è poco piacevole, senza speciali deformità del viso.

Dal punto di vista intellettuale nulla si nota di anormale. L'affettività appare esagerata.

∴

Il piano della mia perizia verbale fu il seguente:

Anzi tutto mi parve necessario, quantunque per molte ragioni non ve ne sarebbe stato il bisogno, mettere in sodo che nel

caso di Damaso e della Maria trattavasi di un *dramma passionale* e non di un delitto volgare. E ciò, a mio modo di vedere, risultava principalmente da due fatti: 1. dalla costituzione psichica dell'imputato (uomo incensurato, di buona condotta, eminentemente affettivo), 2. dall'insieme delle circostanze che precedettero, accompagnarono e seguirono il triste avvenimento.

La simpatia e le attenzioni, manifestamente addimostrate in ogni circostanza, nonchè le concessioni sempre fatte dalla Maria a Damaso, il non avere la Maria emesso alcun grido e fatta alcuna invocazione di soccorso quando fu colpita, il ritorno insieme a casa e gli scambievoli aiuti prestatisi fra loro, lo sforzo da parte della Maria di tener celato tutto e la noncuranza di provvedere alla propria conservazione, e finalmente il suo irritarsi nel vedere venire in casa i Carabinieri e le parole: *adesso lo farete arrestare, lui non ne ha colpa* (quando Damaso si era già allontanato dalla sua casa, ed essa trovavasi al sicuro da qualsiasi sorpresa) sono tali documenti che fanno perdere molto, per non dir tutto, il valore a ciò che avrebbe detto o si sarebbe fatto dire alla Maria il giorno appresso, quando era insorto il delirio, quando era vicina a morire. Tutto ciò dimostra manifestamente che fra quei due amanti si agitava un tumulto di sentimenti e di passioni per i quali erano insieme avvinti da un legame misterioso, indissolubile, fatale che non permetteva assolutamente che fossero divise le loro sorti.

Io penso che, se l'amore contrastato dei due amanti avesse dovuto indurre il Damaso ad un delitto volgare, questo avrebbe dovuto avere per vittima il F. Luigi, che era stata la causa di tutto. Non si saprebbe perchè egli avesse dovuto sopprimere l'oggetto amato, dal quale era contraccambiato, e lasciar vivere invece il nemico, l'ostacolo principale al loro amore.

Si mise in dubbio dalla Parte Civile che il Damaso, nel rivolgere l'arma contro di sè, avesse voluto veramente compiere un atto di suicidio, recitare una commedia, ma questo dubbio, a mio modo di vedere, non ha ragione d'esistere quando si consideri che la palla penetrò sotto la cute e ne uscì dopo avere prodotto un solco nel tavolato esterno del cranio, solco che permane tuttora. Esperimenti innocui di questo genere non potrebbe farne neppure il più esperto anatomico.

Ma se dunque questo tentato suicidio fu serio, non v'ha dubbio che il fatto del 3 Agosto debba inquadrarsi nello schema che il Sighele ci ha dato e dai più viene accettato per la evoluzione del suicidio all'omicidio nei drammi d'amore.

Ora, dicevo io: se si avesse la certezza che la Maria fosse consenziente (come il Damaso affermò nel suo interrogatorio), allora l'avvenimento ripeterebbe il caso del *doppio suicidio*, trasformatosi in *omicidio-suicidio* per ragioni indipendenti dalla volontà dell'attore.

Però, quantunque le importanti deposizioni del Brigadiere dei Carabinieri e il contegno della Maria dopo l'accaduto portassero a credere che detto consenso vi fosse stato, pure alcune deposizioni di altri testi mi lasciarono un pò dubbioso, ed io, che intendo per mandato del perito non quello di mettersi a disposizione di quella Parte che lo ha chiamato, facendo facile sfoggio di teorie e cognizioni mediche, sconosciute per lo più alla maggioranza degli uditori, ma l'altro di dare per l'amministrazione della Giustizia *un giudizio tecnico* su fatti certi, feci, secondo lo schema sopra accennato, rientrare il caso di Damaso e Maria nell'*omicidio del non consenziente e suicidio o mancato suicidio*.

Certamente questi casi non sono dei più nobili e dei più simpatici come quelli in cui uno dei due amanti, vinto onestissimo nella lotta per l'esistenza, esce dalla vita dignitosamente e senza recar danno, o come quelli, in cui ambedue in perfetto accordo si eliminano. Senza dubbio però anche nei casi come quello del Damaso scendono in campo passioni prepotenti, alla cui voce gli uomini ciecamente obbediscono in ragione diretta della debolezza del loro organismo mentale (Morselli), e i sentimenti tendono al monopolio della psiche e, limitando e talvolta togliendo, se non la coscienza, certo la libertà degli atti, fanno agire anche in modo antisociale.

∴

In base alle dette ragioni io mi pronunciai per la *semiresponsabilità*, insistendo sul fatto che il Damaso il giorno 3 Agosto, quando esplose il colpo che portò a morte la Maria, dovaeva trovarsi in tale stato di *passionalità morbosa* da non essere completamente libero nelle sue azioni.

I giurati però negarono all'accusato il vizio parziale di mente e lo condannarono, quasi senza attenuanti, a 15 anni di reclusione (1).

---

1). Un tale verdetto impressionò vivamente la cittadinanza perché faceva manifestamente contrasto con un altro verdetto, col quale i giurati, nella stessa Corte di Ferrara, due giorni prima avevano ammesso la *totale irresponsabilità* per un portalettere infedele, che da vario tempo violava la corrispondenza a lui affidata, sottraendone il denaro, e da me perito era stato giudicato *perfettamente responsabile*. Il medesimo anzi formò in un giornale locale argomento di una polemica fra due egregi giovani del Foro ferrarese, nella quale, quantunque naturalmente vi si sostenesse il *pro* e il *contro* della mia tesi, pure ebbi la compiacenza di vedere discussa la questione con un linguaggio e con concetti tali di positivismo scientifico moderno, quali qualche anno fa non sarebbe stato certamente possibile neppure sperare da non medici.

Io mi guardai bene dall'intervenire in qualsiasi modo in quella discussione e ripetere in un giornale politico quanto avevo già esposto pubblicamente nell'aula giudiziaria, pago che la mia modesta perizia avesse valso a scoprire il vasto terreno conquistato in questi ultimi anni dalle nuove teorie.



BIBLIOGRAFIA

Finzi. Die normalen Schwankungen der Seelenthätigkeiten. 4. H. d. *Grenzfragen des Nerven-Seelenlebens* her. von Loewenfeld u. Kurella. Deutsch von Dott. Jentsch. Wiesbaden, 1900.

Premesse alcune considerazioni generali sulla estensione dei casi-limite e sulle gradazioni della salute e della malattia mentale, alle quali si connettono una serie di interessantissimi problemi psicologici, clinici e medico-legali l'A. dice che tutto il ricco materiale, di cui la scienza dispone per un esame di tali questioni, può principalmente dividersi in 4 gruppi: - Forme leggere di malattie mentali. - Disturbi psichici in connessione con malattie organiche comuni. - Varietà individuali della personalità.

Limitandosi a questo quarto gruppo di fenomeni, cioè soltanto al campo fisiologico, e non uscendo fuori dal quadro della psiche normale, si trovano tali notevoli oscillazioni che si è indotti ad ammettere che il vero dominio-limite tra salute e malattia mentale sia rappresentato precisamente da queste oscillazioni. Nelle manifestazioni ordinarie della nostra vita psichica trovansi in forma leggera e limitati ad un *minimum* tutti i sintomi della pazzia. Nella patologia della psiche, come in tutti gli altri capitoli della patologia, la funzione normale forma la chiave di ogni teoria nosologica o patogenetica.

Fanno seguito nel lavoro del F. 8 Capitoli: 1.) Le oscillazioni elementari della coscienza. 2.) Assuefazione, stanchezza, stimolo, distrazione. 3.) Emozione. 4.) Dieta e vita nervosa. 5.) Sonno e veglia. 6.) Influenze climatiche. 7.) Influenza dell'ambiente. 8.) L'età.

Il contenuto di questi capitoli può riassumersi così. - L'uomo, conformemente alle svariate cause interne ed esterne, trascorre nella sua vita psichica una curva molto irregolare. Dette cause interne ed esterne danno luogo a oscillazioni della vita psichica molto diverse fra loro nei diversi individui. Indubbiamente le influenze della abitudine, della stanchezza, dello stimolo, delle emozioni, della alimentazione, dei mutamenti atmosferici si estrinsecano con predilezione sopra alcuni individui. Lo studio dei limiti, dentro i quali le facoltà psichiche si muovono tra la salute e la malattia, fa notare gradazioni e forme di oscillazioni, le quali non solo hanno sorprendente somiglianza con sintomi psicopatici ma ripetono una vera copia di essi.

Per ciò che riguarda la psicologia sperimentale l'A. fa una esposizione delle serie interminabili di difficoltà che si contrappongono all'esperimento psicologico, stante che una immensa quantità di elementi modificano continuamente la nostra attività cosciente.

Già il polso e il respiro provocano qualitativamente e quantitativamente in rapida successione funzioni alternanti, e lo stesso fanno il grado di esercizio e di stanchezza, le particolarità individuali e momentanee della atten-

zione, le basi emotive elementari e le serie infinite degli affetti, la dieta, gl' intervalli fra i pasti e le bevande, la durata periodica del sonno e della veglia, le influenze atmosferiche, l'ambiente, l'età della vita ecc., tutti fattori, i quali nelle ricerche psicologiche non debbono mai essere trascurati.

I processi della vita psichica non sono nulla di stabile e di equilibrato, ma una serie di fenomeni i quali si iniziano e si seguono l' un l' altro senza limiti, come scariche di energia tra milioni di elementi, influenzati da una infinita quantità di cause.

Ma le leggi bio-psicologiche riconducono questo ondeggiamento confuso delle funzioni psichiche alla semplicità di un tutto armonico. Le reazioni dell' organismo cercano di limitare le influenze delle cause esterne; apparecchi nascosti, numerosi e di varia forma proteggono le funzioni organiche di fronte ad elementi disturbatori estranei.

Le condizioni di questa regolarizzazione sono da ricercarsi nelle proprietà psico-fisiche fondamentali di ogni singolo individuo.

TAMBRONI

P. Visani Scozzi. *La medianità*. Firenze 1901. Un vol. di 466 pag.

I fenomeni medianici aspettano per essere accolti nella scienza chi li studi al solo lume delle cognizioni obbiettive, o chi trovi fra quelli e queste il tratto d'unione, o, per lo meno, come avvenne fra il 1875 e il 1880 per i fenomeni ipnotici, chi li presenti spogli di qualunque aureola di mistificazione e forniti di un grado sufficiente di obbiettività.

Il libro del V. è un contributo alla conoscenza dei fenomeni medianici, contributo degno di molta considerazione, in quanto che tutto ciò che riguarda constatazione di fatto, critica di metodo e di tecnica vi è svolto e discusso con logica rigorosa. Cosicchè in molti punti l'A. riesce a dare una dimostrazione direi quasi esatta dei fenomeni osservati. In secondo luogo è notevole la posizione del problema. L' A. riconduce tutti i fenomeni medianici ai fenomeni ipnotici: molto giustamente quindi egli dall'analogia perfetta degli stati speciali di certe persone, per mezzo dei quali si hanno fenomeni ipnotici, con gli stati speciali delle persone la cui presenza sembra condizione dei fenomeni medianici, deduce che il punto di partenza di uno studio scientifico in proposito deve stare nelle condizioni del medio. In terzo luogo merita lode la maniera di esposizione. L' A., svolta la parte storica delle dottrine ipnotiche, trova nel fatto delle qualità diverse di ipnotismo: sonno ipnotico indotto, morboso a) spontaneo, b) antosuggestivo, e sonno indotto artificiale c) suggestivo, il punto di contatto e la via di conciliazione fra le dottrine della scuola di Nancy e quelle della Salpêtrière.

Riferisce quindi le esperienze e le dottrine sulla così detta materia radiante, sulla radiazione umana, con tutte le ipotesi relative del Krookes,



De Rochas, Ochorowicz, Aksakow, Janet, Binet, Lombroso, Lodge, ecc. Esamina se l'ereditarietà delle idee può servire a spiegare certi fenomeni inconsci, e comincia la descrizione dei fatti da lui osservati. I fenomeni tiptologici, di trasporto e di materializzazione sono fino a un certo punto spiegati dall'A. con l'esteriorizzazione della sensibilità e motricità del medio, per la dissociazione della sua personalità, e con la radiazione collettiva degli astanti utilizzata dalle facoltà del medio. Ma ad un tratto l'A., perchè trova queste dottrine insufficienti a dar ragione esauriente di tutti i fenomeni osservati, passa d'un salto nella dottrina spiritica. E ciò fa tanto più impressione, in quanto, dopo oltre trecento pagine, nella forma e nel contenuto giudicabili come lavoro scientifico in senso stretto, una capitolazione così subitanea e soprattutto completa non era attesa.

Imperciochè si possono accettare i fatti; e, più che mai, si può esser tutti d'accordo nell'ammettere che le dottrine delle proiezioni del medio, trasmissione del pensiero, ecc., sono insufficienti a spiegarli tutti. Ma da questo ad accettare intero l'edificio di dottrine che sono conosciute sotto il nome di spiritismo, ci corre. La molteplicità simultanea delle materializzazioni, e il contrasto esistente talvolta fra la volontà collettiva o del medio, e la volontà che si manifesta tiptologicamente, sono secondo l'A. i fatti obbiettivi più salienti che lo inducono ad ammettere delle individualità extraumane agenti sul medio come l'operatore sull'ipnotizzato.

Evidentemente debbono essere state altre le ragioni, ed essenzialmente di natura soggettiva quelle che hanno fatto accettare all'A. la dottrina spiritica, tali quindi che egli non può assolutamente comunicarle al lettore. Di maniera che rimane completamente all'oscuro il legame logico dell'illazione come il legame psicologico della convinzione nel passaggio dell'esposizione dei fatti coi primi tentativi di esplicazione all'interpretazione sintetica della fenomenologia medianica. Nella quale l'A. avanza un quadro complessivo dove entra anche la così detta medianità intuitiva, scrivente, di cui non aveva prima mai parlato, dove l'A. afferma semplicemente che si può aver la certezza dell'esistenza, non che di alcuni caratteri fisici intellettuali e morali (pag. 394) di individualità occulte extraumane; dove in fine si ammette che queste individualità siano nè più nè meno che le anime dei defunti sospese fra una passata e una futura incarnazione (!) (pag. 399 e seg.).

Elevarsi dalla constatazione dei fatti alla loro interpretazione è un dovere dello studioso: l'avanzare ipotesi a questo scopo è sempre utile, anche quando le ipotesi contengono poco di vero. D'altra parte, siccome sarebbe irragionevole affermare che noi oggi conosciamo tutte le cause reali dei fenomeni, si deve autorizzare, se ciò è necessario, l'ipotesi che ammette un agente interamente nuovo.

Così si ammette l'etere come mezzo alle ondulazioni luminose, dopo che tutte le altre ipotesi si sono mostrate non solo insufficienti, ma contrad-

dette da molti fenomeni ottici. Il che non si può ancora dire delle ipotesi dinamistiche-psicologiche a proposito dei fenomeni medianici. Queste ipotesi raggiungono già il massimo grado di incertezza e di ardimento così da essere quasi extrascientifiche e da non aver quasi il valore che di opinioni personali: ma per lo meno non manca la continuità fra di esse e ciò che è positivamente assodato dalle nostre cognizioni, e, in ogni caso, nessuno le considera più di quello che sono: ipotesi che attendono conferma, o smentita. Ma l'ipotesi spiritica invece, mentre da un lato non presenta la necessaria continuità con le nostre cognizioni scientifiche o anche con le ipotesi scientifiche più avanzate, d'altra parte se è rigettata a priori dagli avversari, è invece presentata dai credenti come qualche cosa di assolutamente certo, come una verità indiscutibile. L'A. stesso, che in principio era sembrato tanto cauto nel concludere, tanto scettico in fatto di principi, accettata la ipotesi, arriva a dire che si tratta proprio di certezza scientifica « e se il lettore non divide il mio parere, io non so per lui certezza cos'è » (p. 394).

Così il libro del V., oltre che un interesse storico, e un interesse scientifico per la specialità, ha anche un interesse psicologico in quanto fornisce materiale agli stati d'animo moderno dibattentisi fra la scienza che va impregnandosi di misticismo e la mistica che vuole assumere parvenze scientifiche.

FINZI

L. Perissutti e G. B. Cantarutti. Inchiesta sulla pellagra nel Regno e sui provvedimenti diversi per la cura preventiva della stessa. (Estratto dal *Bollettino delle notizie agrarie*, n. 31 del 1900). Roma 1900.

\*  
\*\*

Questo lavoro statistico, compiuto dai due egregi Rappresentanti del Comitato permanente interprovinciale per la cura della pellagra, è una prova di più della loro costante, intelligente attività e dell'esemplare interessamento col quale eglino esercitano il loro mandato per uno scopo tanto santo ed umanitario.

Fatte alcune considerazioni generali sui forni rurali, essiccatoi, cucine economiche, locande sanitarie e pellagrosari, tutti mezzi diretti a combattere la pellagra, gli A.A. passano nella seconda parte del loro lavoro a riferire con minuti dettagli su ciò che si è fatto e si fa a questo scopo nelle 40 provincie del Regno in cui la malattia più o meno estesamente si manifesta.

Nella terza parte viene esposto un sunto statistico della pellagra in rapporto con la popolazione agricola, e nella quarta parte finalmente è detto dei risultati o conclusioni, cui gli A. A. stessi dal loro studio sono indotti.

In Italia sono 40 le provincie che danno pellagrosi, e cioè: 4 del Piemonte, 8 della Lombardia, 8 del Veneto, 8 dell'Emilia e Romagna, 5 delle Marche ed Umbria, 4 della Toscana, 2 della Liguria, quella di Roma.

Nel 1899 funzionavano nel Regno 27 Commissioni speciali per la profilassi della pellagra, esistevano 3 pellagrosari, funzionarono 108 essiccatoi per il granturco, limitati quasi esclusivamente alle provincie di Bergamo e Brescia, 23 forni rurali, 184 lacande sanitarie, oltre a moltissime cucine economiche per pellagrosi.

Gli A. A., istituendo un confronto fra i dati statistici sulla pellagra nel 1881 pubblicati dal Ministero di Agricoltura e quelli del 1899, calcolando il rapporto dei pellagrosi con la popolazione agricola, trovano che la malattia nell'Italia settentrionale ha subito una sensibile diminuzione. Una forte diminuzione hanno riscontrato anche nell'Emilia e nella Romagna; purtroppo però si manifestò un forte aumento della pellagra nelle Marche e nell'Umbria, come pure abbastanza sensibile nella Toscana e nella provincia di Roma.

La diminuzione della malattia sta in ragione diretta dei provvedimenti adottati per debellarla.

TAMBRONI

---

## NECROLOGIO

Il giorno 5 Marzo 1901, dopo lunga e crudele malattia, cessava di vivere in Albese il Dott. Agostino Brunati Direttore del Manicomio Provinciale di Como.

Al povero Collega defunto il nostro estremo saluto e alla desolata famiglia le nostre più vive condoglianze.

---

Società di Patronato per i pazzi poveri dimessi dal Manicomio.

|                  |   |   |   |   |             |
|------------------|---|---|---|---|-------------|
| Somma precedente | . | . | . | . | L. 2191. 07 |
| Offerte malati   | . | . | . | . | » 42. 95    |
| Offerte private  | . | . | . | . | » 4. —      |
| Totale           |   |   |   |   | L. 2238. 02 |

*Movimento dei malati nel mese di Gennaio 1901*

|         |                                       | USCITI    |     |         |   |         |   |          |   |                     |   |                       |   |       |    |         |     |
|---------|---------------------------------------|-----------|-----|---------|---|---------|---|----------|---|---------------------|---|-----------------------|---|-------|----|---------|-----|
|         |                                       | Esistenti |     | Entrati |   | USCITI  |   |          |   |                     |   |                       |   | Morti |    | Rimasti |     |
|         |                                       |           |     |         |   | guariti |   | miglior. |   | non mi-<br>gliorati |   | per non<br>ver. pazz. |   |       |    |         |     |
|         |                                       | U         | D   | U       | D | U       | D | U        | D | U                   | D | U                     | D | U     | D  | U       | D   |
| Appart. | { Prov. di Ferrara<br>altre Provincie | 180       | 199 | 6       | 6 | 2       | 3 |          |   | 1                   | 1 |                       |   |       | 11 | 184     | 190 |
|         |                                       | 29        | 15  |         |   |         |   |          |   |                     |   |                       |   | 1     |    | 27      | 15  |
|         |                                       | 209       | 214 | 6       | 6 | 2       | 3 |          |   | 1                   | 1 |                       |   | 1     | 11 | 211     | 205 |

*Movimento dei malati nel mese di Febbraio 1901*

|         |                  |     |     |   |   |   |   |   |  |   |  |  |  |   |   |     |     |  |
|---------|------------------|-----|-----|---|---|---|---|---|--|---|--|--|--|---|---|-----|-----|--|
| Appart. | Prov. di Ferrara | 184 | 190 | 6 | 5 | 1 | 2 | 1 |  | 1 |  |  |  | 1 | 1 | 187 | 192 |  |
|         | altre Provincie  | 27  | 15  |   |   |   |   |   |  |   |  |  |  | 1 |   | 25  | 15  |  |
|         |                  | 211 | 205 | 6 | 5 | 1 | 2 | 1 |  | 1 |  |  |  | 2 | 1 | 212 | 207 |  |

*Movimento dei malati nel mese di Marzo 1901*

|         |                  |     |     |    |   |   |   |   |   |   |  |  |  |   |   |     |     |  |
|---------|------------------|-----|-----|----|---|---|---|---|---|---|--|--|--|---|---|-----|-----|--|
| Appart. | Prov. di Ferrara | 187 | 192 | 15 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |  |  |  | 3 | 4 | 195 | 189 |  |
|         | altre Provincie  | 25  | 15  | 1  | 1 |   |   |   |   |   |  |  |  |   |   | 26  | 16  |  |
|         |                  | 212 | 207 | 16 | 5 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |  |  |  | 3 | 4 | 221 | 205 |  |

*Movimento dei malati nel mese di Aprile 1901*

|         |                  |     |     |    |   |   |   |   |  |  |  |  |  |   |   |     |     |  |
|---------|------------------|-----|-----|----|---|---|---|---|--|--|--|--|--|---|---|-----|-----|--|
| Appart. | Prov. di Ferrara | 195 | 189 | 15 | 8 | 2 | 4 | 1 |  |  |  |  |  | 4 | 7 | 203 | 187 |  |
|         | altre Provincie  | 26  | 16  | 1  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |   |   | 27  | 15  |  |
|         |                  | 221 | 205 | 16 | 8 | 2 | 4 | 1 |  |  |  |  |  | 4 | 7 | 230 | 202 |  |

Direttore — R. TAMBRONI.

Redattori — CAPPELLETTI - D'ORMEA - FINZI - LAMBRANZI - VEDRANI.

BOLLETTINO  
DEL  
MANICOMIO PROVINCIALE DI FERRARA



FERRARA  
Tipografia dell' Eridano  
1901



## Uno Pseudo - Delinquente Passionale

del Dottor L. Cappelletti

Il giorno 4 Marzo 1899 alle ore 16 Giovanni C.... sparava contro la propria amante Esterina V... cinque colpi di rivoltella che la resero cadavere. Subito dopo si costituiva all'Ufficio di Questura. In Carcere presentò due accessi di *fortissimo delirio*, come scriveva il Medico, accompagnati da intensa agitazione motoria e violenza. Fu perciò condotto al Manicomio dove entrò il giorno 10 Luglio. L'autore dell'atroce delitto, che sorprese e commosse profondamente tutta Ferrara, apparve a me sin dal principio quello che comunemente si dice: *un caso interessante*; perciò lo studiai con diligenza e venni col mio personale esame clinico ad una conclusione diagnostica che si trovò perfettamente d'accordo con quella che il Signor Direttore per conto suo e in base alle sue ricerche formulò al Tribunale che ne lo aveva richiesto: *delitto passionale*. Da questo Istituto il C.... passò al Manicomio Criminale di Reggio-Emilia; quivi presentò una sindrome fenomenica nuova, per la quale il Direttore Dott. Saccozzi emise un giudizio diametralmente opposto: *epilessia psichica*. Questa divergenza di giudizio eccitò in me vivo il desiderio di prendere ancora in esame il caso che appariva non solo interessante ma importante assai dal lato medico-legale e perciò ottenni dalla cortesia del Sig. Direttore il consentimento di farne oggetto di studio e di pubblicazione. Il Signor Dott. Saccozzi inviò preziose informazioni e la minuta della relazione peritale da lui composta. Così che, avanti tutto, porgo a l'uno e all'altro sentite grazie.

∴

Per esser chiaro credo bene procedere cronologicamente riferendo i fatti e i fenomeni raccolti nel nostro Istituto prima e in quel di Reggio-Emilia poi.

## Parte Prima

Il malato ha grave labe ereditaria: padre alcoolista, neuropatico, violento; zia materna pazza; fratello epilettico grave. Egli non ha mai sofferto malattie nervose o mentali nè presentato particolarità interessanti se ne toglie una disposizione ad eccitarsi e a diventare litigioso in seguito all'azione dell'alcool. Ha sempre tenuto una condotta tranquilla e corretta, non ha rifuggito dal lavoro mai, non ha subito condanne e durante il servizio militare durato tre anni non ha avuto punizione di importanza e ha disimpegnato con diligenza i suoi doveri di soldato. Quando commise il misfatto egli, come cuoco, prestava servizio, bene apprezzato, presso le Guardie di Città.

\*\*

Nei primi mesi del 1898 il C.... iniziò una platonica relazione amorosa con una tale Esterina V.... L'amore continuò lieto e senza dissapori per quasi un anno. Alla metà di Gennaio 1899 il C.... la chiese formalmente in isposa. È a notare che la ragazza, di costituzione originariamente gracile, aveva presentato negli ultimi mesi del 1898 segni di tubercolosi polmonare. Di questi fatti, bene accertati dal Medico curante, la famiglia tenne parola al C.... che ritirò allora la sua domanda. Il C.... il giorno 14 Febbraio, sotto il pretesto di chiedere spiegazioni su alcune voci che diceva essere state emesse a suo carico dalla madre della sua fidanzata, andò a casa di questa e fece una violenta scenata reclamando i doni fatti ed affermando di non volere più saperne della passata relazione. Ma pochi giorni dopo si fece nell'animo del C.... il pentimento e si riaccese il desiderio di riallacciare il troncato amore. Scrisse perciò alla V. una lettera di scuse richiamandola nuovamente al suo affetto e dicendo che il giorno 14 Febbraio, quando egli erasi recato presso di lei, non sapeva quel che si facesse perchè preso dal vino. La V.... rispose accordando il suo perdono ma dicendogli nel tempo stesso che intendeva mantenersi libera da ogni legame e che non esisteva ragione perchè egli potesse impedirle di dare ascolto, in avvenire, ad altro uomo. Il C.... non si dette per vinto, che anzi la sua passione si acutizzò, e con lettere, con telegrammi e col recarsi ancora una volta in casa della fidanzata ripeté le proteste di perdono, d'amore e la dimanda di fare la pace. Ma la Esterina V.... rimase sempre irremovibile. Il giorno 4 Marzo, il giorno del delitto, la V.... gli scriveva un'ultima lettera di risposta ripetendo quel che per lo innanzi aveagli scritto e fatto sapere, che, cioè, lo perdonava, che con lei lo perdonava anche tutta la sua famiglia, ma che non avrebbe più riallacciato l'amore con lui e che meglio si era che essa avesse potuto pensare alla sua salute malferma ed egli se ne stesse tranquillo discacciando ogni pensiero. Aggiungeva di più che *non si sarebbe messa con nessuno*. E questo fu l'ultimo scritto della sventurata giovane.



## Il Delitto

Non sappiamo esattamente quale fosse lo stato d'animo del C..... nei giorni che precedettero il delitto. Ma ove si consideri la vivacità della corrispondenza, le scenate fatte, le minacce di morte lanciate parlando col fratello della V... è facile immaginarselo.

Il 4 Marzo, il giorno in cui dopo le sue molte preghiere gli giunse l'ultimo e categorico rifiuto, alle 4 pomeridiane, si recò in casa della V..... e le rinnovò le sue domande. Alla risposta negativa, malgrado che la ragazza lo invitasse a essere calmo e gli promettesse anzi di riprendere con lui l'amore una volta che fosse guarita, il C....., estratta una rivoltella, le sparò contro 5 colpi, la uccise e poi fuggì. Nè cercò nascondersi, che anzi si recò subito a cercare del fratello di lei, impiegato in un negozio, e non trovatolo, lasciò detto al padrone quel che aveva commesso e si costituì immediatamente allo Ufficio di Questura. Cammin facendo a chi l'accompagnava mostrò l'arma con cui aveva compiuto il delitto e tirò pure fuori un lungo coltello dicendo che di questo ancora si sarebbe servito quando la prima non avesse bastato allo scopo. Scrisse poi subito una lettera dove, in sostanza, diceva che l'amore, il rifiuto e il dolore d'essere preso in giro lo avevano condotto all'uccisione della amante.

## In Carcere

Lo stesso giorno del delitto fu trasportato alle Carceri locali di S. Paolo. Quivi il suo contegno non si prestò per rilevare alcun fatto degno di particolare menzione. Subì due interrogatori nei quali nulla nascose del suo delitto ed affermò che l'aveva compiuto per essere stato insistentemente rifiutato dalla Esterina di cui *era geloso ed appassionato*.

Nel tempo che passò in Carcere fu colto da due subitanei accessi di disordine psichico, l'ultimo dei quali scoppiò la sera del 9 Luglio alle ore 10 circa. Codesto accesso lo incolse mentre dormiva, rendendolo a un tratto agitato, violento; ed a tal grado, che, non essendo sufficienti quattro persone per contenere il C... che si dibatteva furiosamente, lanciando contro gli astanti quanto gli capitava sotto mano, fu applicata la camicia di forza. L'accesso, interrotto per qualche breve momento, non risentì influenza veruna pei calmanti e gli ipnotici somministrati e si protrasse fino a tutto il giorno di poi. Questo grave stato di disordine mentale determinò, per ordine della Autorità Giudiziaria, l'immediato invio del C... nel nostro Manicomio.

## Nel Manicomio

Riassumo i diari.

La sera del 10 Luglio intorno alle ore 10, il C... fu trasportato in questo Istituto. Era stretto e avvolto da lunghi giri di corda, pallido, con gli occhi sbarrati, le pupille dilatate, il respiro gli usciva affannoso e rumoroso dal petto e di tra i denti sbattuti come per brividi di freddo. A le domande più insistenti non rispondeva affatto o con qualche lieve esclamazione di dolore. Gli fu iniettato un medicamento sedativo e ipnotico. Dopo una ventina di minuti stava sempre pallido, con gli occhi pure sbarrati, usciva in qualche lamento e in qualche parola allusiva a « una povera ragazza »; interrogato allora disse solo che gli era venuto male, richiestolo del luogo ove fosse rispose: « forse sarò a l'Ospedale, mi avranno portato qui » — poi rimase muto. Dormì tutta la notte.

11 Luglio. La mattina dopo lo stato d'ansia e d'agitazione motoria era scomparso; il C... rispondeva a qualche domanda banale, ma il più spesso sospirava e faceva allusione alla « sua disgrazia » e a « quella disgraziata ragazza »; ciò con parole tronche, interrompendosi, dimostrando grande labilità di attenzione. Accennando di non aver fame, bevve solo il caffè. Verso il mezzogiorno apparve ritornato alla norma e con gl'infermieri chiacchierò con disinvoltura; diede anche particolari del fatto, del quale egli, mesi fa, fu il triste eroe. Al pomeriggio gli fu fatto il primo esame obiettivo e durante tutto il tempo impiegatovi si comportò bene, si mostrò attento, di rapida percezione, paziente; tutt'al più talora un po' strano per qualche gesto scattante, qualche brusco movimento del capo e del volto. Raccontò notizie di sè e della sua povera amante e se talora parve presso a commuoversi, mostrò anche di mutar presto umore col mutar di discorso. Diceva di sentirsi molto debole e infatti mostrava fatica a reggersi talora in piedi; tuttavia la dinamometria diè risultato normale.

12 - 14 Luglio. Nelle prime sere che fu qui degente lo si sentiva talora dire qualche parola, sospirare prima di prender sonno e pareva sempre che accennasse alla sua amante. La mattina diceva di aver dormito poco e accusava male di capo, aveva qualche movenza brusca, un po' strana del volto; allora, avendo egli accennato che appunto di tali disturbi aveva avuto periodiche sofferenze in carcere, gli si consigliò d'indossare un corpetto di contenzione per evitare possibili violenze a sè o agli altri nel caso che la sua indisposizione potesse essere foriera di un nuovo stato di eccitamento simile a quello per il quale era stato qui ricoverato. Egli annuì senza alcun commento. Diceva di non avere molto appetito; richiedeva spontaneamente qualche medicamento purgativo avendo avvertito di essere stitico da qualche giorno.

Non chiedeva nessuna notizia intorno al suo limite di permanenza nel manicomio, al suo processo ecc.; in complesso non dimostrava nè curiosità nè preoccupazione.

15 - 31 Luglio. Dichiarò dopo brevissimo tempo di essere guarito dai disturbi subbiettivi (obbiettivamente non s'era riscontrato alcun fatto morboso, che avesse potuto consigliare uno speciale indirizzo curativo) e dimostrò desiderio di essere liberato dei mezzi coercitivi, ciò che gli fu facilmente concesso, essendone cessata la indicazione previdente ed essendosi constatato il buon contegno del C.....

Frattanto egli, rimasto un po' solitario sui primi giorni, si famigliarizzava molto facilmente con i vari malati della sezione e — senza formare assolutamente *coppia* con qualcuno, nè prediligere questo piuttosto di quel camerata — chiacchierava volentieri con tutti non esclusi i folli criminali.

Durante le visite del Direttore e dei Medici si mostrava sempre rispettosissimo, senza soverchio ossequio, non s'accostava senza esserne autorizzato e chiamandolo per richiederlo di qualche notizia arrossiva fugacemente, lasciando sempre trasparire una certa esitanza timida nelle prime risposte. Nessun infermiere e nessun malato ebbe ad accusarlo di indisciplinezza o di molestia.

Non richiedeva mai notizie intorno alle cose sue; per consentimento dell'Autorità Giudiziaria potè ricevere qualche volta la visita dei parenti. Non si potè mai notare che dopo di queste si avverasse nel C..... qualche mutamento d'umore o di contegno.

1 - 7 Agosto. Interrogato qualche volta e specie di questi giorni intorno al suo stato fisico e psichico durante la prigionia, egli soleva affermare bensì di aver avuto qualche male di capo e, di più, d'essere una domenica sera caduto giù dal letto e di essere stato sempre angustiato; tutto ciò - diceva - in seguito al *troppo pensare alla sua sorte*, ma negava d'essere stato infermo di mente o di avere comechessia dato segni di eccitamento. Egli ora anzi aggiunge che non sa capire come i medici delle carceri l'abbiano mandato al manicomio e perchè l'abbiano giudicato malato; ha dimostrato sovente e pur ora conferma di non ricordare affatto gli avvenimenti pei quali fu qui condotto la sera del 10 Luglio.

E richiestogli in qual guisa la mattina del giorno undici — nello svegliarsi in una stanza del manicomio invece che nel consueto letto della prigionia — avesse interpretato e spiegato a sé stesso tale fatto; e come, dovendo intravedere necessariamente una lacuna fra il passaggio dal soggiorno carcerario al manicomiale, avesse cercato di rendersene conto, - egli afferma di non avere esercitato alcuna critica, di avere accettato fatalmente e passivamente gli avvenimenti, di non sapere nulla più di quel tempo.

8 Agosto. Rifatto l'esame obbiettivo dell'infermo non si è dovuto nulla aggiungere o togliere ai risultati ottenuti la prima volta. I caratteri così somatici che psichici concordano perfettamente, se ne toglie che in generale l'infermo è più calmo e allo studio del contegno non si osservano più quelle lievi note abnormi transitorie del gesto a scatti, dei movimenti bruschi del capo ecc.

Più volte durante la sua degenza nell' Istituto il C.... à mostrato il desiderio di occuparsi di qualche cosa per passare il tempo e, potendo, non inutilmente. Non avendolo potuto adibire, date le sue speciali condizioni, ad alcun servizio di sezione od altro - egli spontaneamente si è dato ad aiutare qualcuno degli infermi più deboli, a porgere il cibo a qualcuno riluttante ecc.

Le condizioni organiche sue si sono sempre mantenute inalterate; l'appetito discreto; il sonno, al dire del C..., gli manca talora e quando appunto comincia a pensare agli avvenimenti della sua vita.

### Esame obbiettivo

Questo esame fu raccolto nel primo giorno che l'infermo era degente nel Manicomio: fu poi soventi volte ripetuto a fine che la osservazione risultasse sotto ogni aspetto lucida e sicura.

\* \*

Giovinotto di regolare costituzione scheletrica, con muscoli ed adipi modicamente sviluppati, specie agli arti inferiori.

La cute è bianca e pallida.

Scarso il sistema pilifero.

Sistemi respiratorio, cardiovascolare, gastrointestinale, uropoietico, ganglionare linfatico, normali.

*Sistema nervoso.* Motilità: normale è la funzionalità dei muscoli mimici innervati dal 7° paio: i movimenti dei bulbi oculari si hanno come di norma in tutte le direzioni, all'infuori di una lieve prevalenza del muscolo retto interno di destra; la deviazione all'interno del bulbo destro, che ne deriva, è tanto da poco che non suole avvertirsi quando il C.... tiene gli occhi a lo stato di riposo; s'avverte fuggevolmente nei vari moti coniugati. Nel tenere abbassate forzatamente le palpebre superiori del soggetto si provocano abbastanza facilmente delle contrazioni cloniche dell'orbicolare.

I movimenti della lingua sono normali; si nota spesso una contrazione tonica attiva di entrambi i muscoli masseteri quando i muscoli mimici sono allo stato di riposo.

Qualunque movimento attivo o passivo degli arti superiori è compiuto facilmente e completamente; dinamometria: a destra 100 - 120, a sinistra 100 - 120.

I movimenti attivi e passivi e la vigoria degli arti inferiori, la stazione eretta ad occhi chiusi o aperti, la deambulazione non dimostrano nulla degno di nota.

*Riflessi.* Pupillari normali alla luce, all'accomodazione, al dolore; epigastrici e addominali deboli, i cremasterici mancano; i plantari sono prontissimi; patellari sono entrambi esagerati (esageratissimi con la prova di

Jendrassik), si può talora ottenere qualche scossa di clono rotuleo, mai clono del piede; i riflessi bicipitali, tricipitali, del tendine d'Achille, i periostei non sono rilevabili; sono normali i riflessi: mandibolare, corneale, faringeo e i vaso-motori.

*Sensibilità generale:* la tattile e la dolorifica sono forse lievemente esagerate nell'ambito toracico e addominale e negli arti inferiori; un po' ottuse agli arti superiori; la termica, normale ovunque, è pure lievemente ottusa agli arti superiori, specie agli avambracci 1); tutte sono ovunque bene e rapidamente localizzate.

*Senso muscolare* di posizione, di pressione, di spazio: normale.

*Sensibilità specifica. Vista:* subbiettivamente vengono accusati disturbi visivi di data recente, come facile stanchezza, minore acutezza, visione talora confusa ecc.; obbiettivamente si nota: diplopia esterna alla deviazione coniugata e alla deviazione di ciascun occhio verso l'esterno, diplopia con immagine apparente più alta al volgere degli occhi in alto (il fenomeno si ha nei movimenti forzati, tenendo lo stimolo a una distanza almeno di 70-90 centimetri e non è costante); non esiste discromatopsia; il campo visivo è normale.

*Udito:* normale.

*Gusto:* normale.

*Olfatto:* normale.

### Esame Antropologico.

Giovinotto di statura superiore alla media, magro, col volto pallido, scarsissimo di barba.

Cranio brachicefalo, regolare, con cicatrice lineare (prodotta da una caseruola che gli è caduta sul capo) bianca, lunga cinque centimetri, subito indietro alla bozza parietale sinistra. Capelli molto scuri, folti, corti, piantati avanti; così sui lati che su la parte superiore della fronte. Questa è bassa, piuttosto stretta e solcata da sottili rughe orizzontali. Sopraccigli e cigli folti e neri; occhi piccoli con iride castagna e pupilla di media ampiezza a contorno regolare; lievissimo strabismo interno dell'occhio destro. Naso aguzzo, fortemente aquilino con la narice sinistra piantata un po' più in alto della destra. Orecchie piccole con lobulo staccato, di forma normale. Bocca di media ampiezza con labbra rosee e sottili; il labbro inferiore sporge dal superiore e questo è basso e coperto da piccoli baffetti neri. Denti

---

1) L'attenuazione della sensibilità negli arti superiori e specialmente di quella termica negli avambracci fu da noi ritenuta di origine professionale per l'abitudine che hanno tutti i cuochi di stare a braccia nude e per il bisogno giornaliero e prolungato di esporle al calore vivo del fuoco.

piccoli (cariati i mascellari superiori), disposti un po' irregolarmente per l'altezza e per l'impianto; l'arcata inferiore sopravanza la superiore. Angoli mandibolari d'apparenza sviluppata più della norma per la rilevatezza dei muscoli masseteri che si contraggono assai vigorosamente ed anche spesso con la espressione di *tic*. Mento breve, appuntito, sporto innanzi.

Il volto in complesso si dimostra pallido, con guancie scarne, lievemente asimmetrico con maggior sviluppo della parte destra, con lieve torsione pure verso destra e progeneismo.

Il giovane si serve bene di ambedue gli arti superiori, e specialmente del sinistro. Il braccio destro misura 23.40 e il sinistro 23.20. L'avambraccio destro misura 24.50 e il sinistro 24.60.

Statura, m. 1,67.

Grande apertura, m. 1,73.

Circonferenza toracica, m. 0,85.

Grande circ. del capo, mm. 530.

Semicurva ant. mm. 280.

                  " post.                   " 250.

Diametro A P                   " 180.

                  " B P                   " 151.

                  " B Z                   " 115.

                  " B Mandib.           " 110.

                  " B F massimo       " 100.

Dist. dal condotto uditivo

esterno al mento { a destra   " 125.  
                          a sinistra " 130.

Alt. della faccia                   " 118.

                  " della fronte           " 42.

Indice cefalico — 0,83.

Angolo facciale — 80.°

### Esame psichico.

Tutto ciò che la modesta istruzione e la rozza educazione dell'operaio concedono, si esprime nel linguaggio del C.....; un linguaggio dialettale e sfiorito, ma chiaro e franco abbastanza per dare il modo di trarre le cognizioni atte a misurare e valutare la personalità del soggetto. Egli intende e comprende facilmente il significato d'ogni dimanda che gli si volga, segna rettamente e ordinatamente il filo del proprio e dell'altrui discorso, ricorda ogni fase della sua vita, narra de' suoi lavori, de' suoi rapporti famigliari, del suo amore, degli ultimi fatti dolorosi, e non è mai povero di idee e di espressione.

I ricordi della famiglia e dell'amante forse anche lo turbano, senza giungere voramente a destare gravi reazioni emotive e smarrendosi facilmente col deviare della attenzione per nuovi stimoli.

Tuttavia il C... si rivela come impressionabilissimo: arrossa facilmente ogni volta che gli si volga la parola e anche nel dire, su le prime è come inquieto e confuso e solo si rinfranca di mano in mano che si prolunga il colloquio; basta una chiamata inattesa o ad ora insolita per far rilevare in lui tutti i fenomeni fisici della emozione: arrossisce e impallidisce a vicenda, gli si fanno più frequenti il polso e il respiro ecc.

Nelle condizioni attuali egli reagisce normalmente alle varie influenze dell'ambiente e, con l'adattabilità facile che ne risulta, dimostra con evidenza un carattere di solito mite.

Riassumendo questi dati si può dire che nel C... si osserva :

*Attenzione* : normale.

*Percezione* : rapida e precisa.

*Movimento ideativo, rapporti di associazione* : normali.

*Memoria* : normale.

*Affettività* : abbastanza sviluppata, forse non profonda.

*Emotività* : molto spiccata.

*Carattere* : piuttosto mite, apparentemente buono.

In quanto al *contegno* si può dire che in complesso è corretto, normale nelle espressioni di relazione e nel comune comportamento degli atti; a volte (specie sul principio del suo ricovero in Manicomio) il gesto a scatti, qualche moto brusco del capo, qualche contrazione ripetuta e vigorosa dei masseteri, un rapido errare dello sguardo ecc. danno a la sua fisionomia una espressione un po' anormale, bizzarra.

*Diagnosi.* Il C... non è un pazzo, non un delinquente nato, non un epilettico: il suo omicidio è un delitto passionale.

*Responsabilità* scemata per effetto dell'eccitamento passionale, non esclusa perchè quando commise l'omicidio il C... non era in tale stato di mente da togliergli la coscienza e la libertà dei propri atti.

In seguito a questo giudizio diagnostico e non essendosi presentato alcun fenomeno di disordine mentale il C... fu ricondotto a le Carceri locali il giorno 19 Settembre 1899.

Il 24 dello stesso mese perveniva al Sig. Direttore una lettera dalla Autorità Giudiziaria con la quale lo si pregava di visitare nuovamente il detenuto C..., caduto in preda ad un accesso di disordine mentale, per stabilire se fossero sopraggiunti nuovi fatti che potessero modificare il giudizio

formulato e suggerire se dovesse di nuovo essere ricoverato in un Manicomio o se altre precauzioni dovessero essere poste in effetto. Il Sig. Direttore visitò in carcere il C... e rispose che l'osservazione da lui fatta non gli forniva dati sufficienti per emettere un giudizio diagnostico assoluto, che tale episodio non modificava punto la sua diagnosi precedentemente fatta, che se il C... avesse seguitato a presentare fenomeni di alterazione psichica da rendere incompatibile la sua detenzione nel Carcere era opportuno inviarlo in un Manicomio Criminale dove una osservazione più prolungata e scevra da qualsiasi preoccupazione avrebbe potuto dar modo ad altri Alienisti di confermare o meno il suo giudizio.

Il 26 Ottobre Giovanni C... fu ricondotto in questo Istituto dove rimase, senza presentare alcun fenomeno di alterazione psichica, sino al 28 Dicembre: in detto giorno venne dimesso e trasferito al Manicomio Criminale di Reggio-Emilia.

## Parte Seconda

Il C., una volta ammesso nel Manicomio Giudiziario di Reggio-Emilia, presentò un complesso di fenomeni, fortemente importanti e che nello Istituto di Ferrara non s'erano affatto manifestati alla osservazione nostra.

Dapprima parve in preda ad una certa inquietudine, era diffidente e sospettoso: ma non tardò a calmarsi e si mantenne per qualche giorno ordinato e tranquillo. Si rilevò tuttavia di carattere irritabile e focoso così che per i più futili motivi si eccitava e commetteva atti di dispetto e di violenza, rompendo gli oggetti e i vetri della sua cella.

Un giorno che egli ebbe a provare una contrarietà in causa di un rifiuto oppostogli per una delle sue solite pretese si fece eccitatissimo e in seguito fu preso da un accesso di furore *con moti convulsivi*: l'agitazione crebbe a tal punto da rendere necessaria l'applicazione della camiciola di forza. Si era fatto acceso in viso, con gli occhi stralunati, con scricchiolio delle mandibole e respiro stertoroso. Il giorno dopo fu trovato in preda ad uno stato di stupore e di stordimento con profonda confusione nelle idee e con perfetta amnesia di quanto gli era accaduto la sera precedente. Si sentiva le ossa peste e rotte ed accusava un dolore all'epigastrio. Per qualche giorno rimase in tale stato di attonitaggine non cibandosi che poco e finalmente a grado a grado ritornò allo stato normale. Rimase parecchi mesi in buone



condizioni sia dal lato psichico che dal lato fisico, quando una sera venne preso da un accesso epilettico completo con contrazioni toniche di tutto il corpo, con sussulti e tremore generale. Aveva schiuma sanguigna alla bocca, i bulbi oculari rivolti in alto. Alla puntura le pupille non reagivano: il respiro era ansimante e stertoroso. Durò in tale stato per una mezz'ora circa e poscia rimase assopito. Al mattino di poi era in uno stato di stupore e di attonitaggine analogo a quello presentato dopo l'accesso precedentemente descritto. Non ricordava parimenti nulla dell'accaduto: solo dopo qualche giorno disse che ricordava d'essersi sentito invadere da una sensazione strana di malessere e che poi non aveva più avuto cognizione di nulla. Ebbe per qualche giorno la solita sensazione penosa all'epigastrio, dolori alle ossa e nel dorso, mancanza d'appetito. A poco a poco tutti questi fenomeni si dileguarono. Perdurò in tale stato per parecchio tempo quando una mattina fu trovato in preda a grande confusione e stupore. Chiestogli cosa si sentiva, disse che nella notte aveva provato una confusione alla testa un po' simile a quella che aveva provato altre volte quando gli veniva il male e che dopo non ricordava più nulla. Non ebbe certamente uno dei soliti accessi perchè gli infermieri non se ne accorsero e non avrebbe il paziente potuto agitarsi e respirare rumorosamente, come era solito, senza destare l'attenzione degli infermieri stessi e restare nel suo letto che fu trovato composto e ordinato. È da ritenersi che fosse stato un accesso epilettico incompleto.

Poi entrò in un lungo periodo di benessere psichico e di calma che si mantiene tuttora: non ha sino ad oggi presentato più accessi.

∴

Questi fatti che io ho riportato stralciando fedelmente i diari trascritti nella perizia composta dal Chiar.mo Dott. Saccozzi e cortesemente favoritaci spostarono il concetto diagnostico sì da far ritenere e concludere che il delitto di C..... non fosse un delitto passionale ma un parossisma epilettico consecutivo alle note cause patematiche, un *accesso di epilessia psichica*. Ove si considerino diligentemente i fenomeni presentati dal C..... nel Manicomio di Reggio-Emilia e gli attacchi epilettici completi e incompleti manifestatisi, egli è certo che la diagnosi di epilessia psichica si pre-

senta persuaditrice. Ma meditando su questo caso si sono affacciate alla mia mente alcune considerazioni che mi fanno vedere sotto diversa luce l'entità giuridica del reato commesso dal C...

Che il C... sia un epilettico non v'ha dubbio: che il delitto da lui compiuto rappresenti un equivalente psichico della sua epilessia può essere messo a discussione e in ogni caso accettato con riserva.

Ricordiamo brevemente il delitto, i fatti che lo precedettero e lo seguirono.

C..... un buon giovane, di specchiata moralità, di carattere temperato e che solo appariva eccitabile sotto l'azione de l'alcool, s'innamora di una ragazza con la quale amoreggia per quasi un anno: in un momento di collera ingiustificata, e che il C... sempre ha ripetuto essere stata la conseguenza dell'aver troppo bevuto, l'abbandona, ma poi si pente, invoca il perdono e chiede di riallacciare i legami amorosi. La ragazza, cui la malferma salute minata da un mal sottile consigliava la tranquillità assoluta dello spirito, risponde no, recisamente no. Il C... al rifiuto oppone nuove ed insistenti domande: sono lettere, telegrammi in cui palpitano frasi d'amore e di perdono, sono scenate in cui si manifestano idee di gelosia, s'accennano minacce, si delinea evidentemente uno stato d'animo turbato e scosso dallo stimolo incessante della passione, che nella perdita dell'oggetto amato si acutizza ed inasprisce. Le sue proteste d'affetto, le sue domande di perdono, le sue minacce non valgono nulla, e un giorno, subito dopo che ebbe ricevuta una risposta negativa nella quale l'amante lo invitava a dimettere ogni pensiero, il C... va a casa di lei e la uccide con una rivoltella. Dalla casa della amante uccisa va all'Ufficio di Questura, si costituisce, confessa il delitto e scrive una lettera in cui dice che l'amore aveva armato la sua mano. Per istrada, in un negozio, dove prima di giungere in Carcere si recò per cercarvi il fratello dell'uccisa e dirgli quello che aveva fatto, in Carcere il suo contegno non presentò segni che potessero far pensare ad alcun disordine mentale, il quale, come nella *parte prima* è accennato apparve parecchio tempo dopo e sotto forma di due accessi di delirio e di agitazione.

In questo bozzetto anamnestico se noi vediamo delinearsi distinto un dramma passionale simile ai tanti altri di cui le cronache giudiziarie di tutti i tempi sono piene, riusciamo con fatica a trovar segni pei quali si potesse dire che l'omicida prima, durante e dopo il delitto si trovava in uno stato di disordine psichico di natura schiettamente patologica. Noi possiamo constatare che la reazione allo stimolo fu violenta, che il C... si mostrò un tipo fortemente emotivo ed eccitabile, che il delitto fu certamente sproporzionato alla causa ma tutto questo non infirma il meccanismo passionale del delitto stesso. I delitti passionali in molti casi riconoscono come base di esplicazione un temperamento speciale, emotivo ed eccitabile oltre misura: e in questi casi è realmente giusto chiedersi se così fatta passionalità non rappresenti un'entità psichica morbosa per cui i delitti che ne scaturiscono appaiono a volte così da ricordare quelli degli epilettici, come osserva Lombroso.<sup>1</sup> Tuttavia non cade per questo il concetto medico-legale che li classifica e comprende nei delitti di passione. La sproporzione fra causa ed effetto nei reati passionali non ha valore assoluto. « L'Oliva aveva un amore forsennato per la sua padrona: rifiutato la ferisce e si uccide. Brenner, soldato, vide la sua bella in braccio al suo caporale, che, per poterlo meglio tradire, lo condannava ingiustamente alla cella di punizione e l'uccise » (Lombroso).<sup>2</sup> La passione anzi può talune volte tanto sconvolgere la mente da far sì che il criminale compia nel perpetrare il delitto atti pazzeschi addirittura: così Marino ferì con un forbicione non solo il rivale ma l'amante e la madre, così il Grassi uccise la donna amata e poi il padre e *persino i buoi della sua stalla* (Lombroso).<sup>3</sup> Nel 1887 la Corte d'Assise di Bouches-du-Rhône giudicò un giovane calzolaio che aveva ucciso in condizioni di eccezionale crudeltà una bella ragazza di cui era innamorato e che rifiutava di sposarlo. Il rifiuto aveva profondamente irritato il giovane amante. Dopo avere scritto a la fanciulla lettere appassionate, che gli furono rimandate, egli le inviò lettere di minacce. Avendola incontrata per via le si gettò addosso e mentre che la povera fanciulla gri-

1) Lombroso. L'uomo delinquente. Torino, Fratelli Bocca, ed. 1897.

2) Lombroso. loc. cit.

3) Lombroso. loc. cit.

dava: grazia, perdono, pietà, egli le conficcò il trincetto nella schiena. E come essa si dette a fuggire col trincetto piantato nella carne egli la rincorse gridando: non sei dunque ancora morta? e raggiuntala la colpì di nuovo e l'uccise (Proal).<sup>1</sup> Per ciò giustamente assai Lombroso<sup>2</sup> nel capitolo del delinquente passionale scrive « vi hanno degli sciagurati in cui la passione d'amore, di gelosia, tocca un tal grado di parossismo che perfino gli alienisti non vi si raccapezzano, nè riescono a trovare una differenza spiccata dal delirio e dalla pazzia ». Nel delitto di C..., non fa bisogno che m'indugi a dimostrarlo, codesta differenza appare manifesta come non si trova, non dico l'analogia, poichè questa nei reati passionali lo stesso Lombroso l'ha opportunamente rilevata, ma quella particolare parvenza, quel *cachet* che suole caratterizzare i crimini compiuti da epilettici in uno stato di equivalente psichico.

È noto infatti che la impetuosità turbinosa degli atti costituisce un fenomeno quasi caratteristico degli equivalenti psichici delittuosi degli epilettici. Non ignoriamo che esistono casi « ove anche nell'equivalente psichico, anche nel furore epilettico, l'atto appare premeditato o s'accorda con gli interessi, con le passioni dei soggetti, e si prolunga di molto e non esclude l'apparenza di calma, così da confondersi, in modo assoluto, col delitto » (Lombroso).<sup>3</sup> Ma cotesti casi formano la eccezione rara nella grande moltitudine di quegli altri che si contraddistinguono per la loro istantaneità, per la ferocia, per la mancanza di una causa, di una provocazione, per l'amnesia che sussegue: codesti accessi psichici criminosi sono, come scrive giustamente Lombroso, una caricatura del delitto. « L'epilettico impiega una forza ed una quantità di movimento sproporzionata col risultato da ottenersi: se si tratta d'un omicidio, la vittima sarà crivellata di colpi e sovente l'epilettico imperversa sul cadavere » (Roncoroni).<sup>4</sup> L'accesso psichico ha nei tratti più essenziali che gli sono propri questo che si manifesta con atti impulsivi, feroci, diretti contro

1) Proal. Le crime et le suicide passionnels. Paris. Felix Alcan, éd. 1900.

2) Lombroso. loc. cit.

3) Lombroso. loc. cit.

4) Roncoroni. Trattato clinico dell'epilessia. Francesco Vallardi, ed. Milano.

gli altri e contre sè stesso (Ottolenghi).<sup>1</sup> « L'accesso psichico o sensorio rappresenta la pazzia della pazzia, la quintessenza dello stato epilettico » (Tonnini)<sup>2</sup>. « Allorquando un delitto al tutto inesplicabile e in completo disaccordo con gli antecedenti d'un prevenuto, non alienato, viene a essere compiuto con una instanteneità insolita, con una ferocia ed una molteplicità d'aggressioni straordinarie, a l'infuori della tecnica del delitto e senza complicità: allorquando il prevenuto ne ha perduto ogni ricordo e sembra estraneo all'atto commesso ed anche quando non ne serba che una vaga ricordanza, allorchè egli ne parla con indifferenza come se da altri fosse stato compiuto, conviene ricercare l'epilessia » (Burlureaux).<sup>3</sup>

V'ha tuttavia un altro fatto importante da osservare: agli atti criminosi compiuti dagli epilettici in uno stato di equivalente psichico, in linea generale, succede l'amnesia che è l'indice psichico più facilmente constatabile dello squilibrio della coscienza durante l'accesso. È bensì vero che l'amnesia non è fatto indispensabile degli atti epilettici e la ricordanza della azione compiuta può tutta o in parte sussistere (Samt,<sup>4</sup> Bonfigli,<sup>5</sup> Lombroso,<sup>6</sup> Tamburini,<sup>7</sup> Janet<sup>8</sup> ecc.); io pure ebbi occasione di constatarlo.<sup>9</sup> Ma la esistenza del ricordo costituisce il fatto insolito si può dire, anzi, eccezionale. Il C... come, la storia sua lo testimifica, serbò sempre e in ogni momento memoria lucidissima di quanto aveva commesso: e però anche sotto questo punto di vista il suo delitto, se considerato come equivalente epilettico, rivestirebbe la

---

1) Ottolenghi. Le epilessie psichiche. *Riv. sper. di Freniatria* ecc. 1890-91  
Reggio-Emilia.

2) Tonnini. Le epilessie. Fratelli Bocca, ed. Torino 1891.

3) Burlureaux. Epilepsie. *Dict. encycl. des sc. méd.*

4) Samt. Epileptische Irreseinsformen. *Arch. für Psych. und Nerven*  
Vol. V e VI.

5) Bonfigli. Perizia medico-legale su E. Melloni. *Rivista di Freniatria* ecc.  
Reggio-Emilia, 1876.

6) Lombroso. loc. cit.

7) Tamburini. L'amnesia non è carattere costante dell' epilessia larvata.  
*Riv. di Freniatria* ecc. Reggio-Emilia, 1878.

8) Janet. L'automatisme psychologique. Paris, 1889.

9) Cappelletti. Un caso di epilessia psichica. *Boll. del Manicomio di Ferrara*. N. I e II. 1895.

forma meno comune e sarebbe poi molto differente da quegli accessi indubbiamente epilettici che in prosieguo ha presentato e nei quali l'amnesia è stata costante. Cotesta differenza, anzi, fra il suo delitto, non colorito da alcuna tinta pazzesca, dalla impetuosità subitanea e violenta che costituisce il più spesso « la marca di fabbrica dei reati considerati come un equivalente della crisi comiziale » (Dallelماغne),<sup>1</sup> accompagnato da completo ricordo, e gli accessi subitanei, impetuosi, violenti, susseguiti da amnesia presentati nel Manicomio Criminale di Reggio-Emilia, ha pure essa un notevole valore ove si pensi che l'accesso di epilessia psichica si ripete il più di sovente con gli stessi caratteri; « l'accesso, scrive Legrand du Saulle,<sup>2</sup> è sempre uguale: l'impronta è presa e il clichè resta: a ciascun accesso una nuova prova viene stampata ». I casi in cui le crisi si presentano di variato aspetto, come descrisse il Ball<sup>3</sup> in un bello esempio di epilettico il quale aveva accessi convulsivi, assenze con abolizione del ricordo, equivalenti psichici non susseguiti da amnesia, non appartengono alla consuetudine sintomatica della epilessia.

Ora, se noi facciamo astrazione dai fenomeni epilettici dopo parecchio tempo dal delitto apparsi nel C..., e se ci liberiamo da quella influenza suggestiva che i fatti eccezionali esercitano per passar sopra speditamente alle leggi sintomatiche più regolari e frequenti, noi non possiamo invero durare molta fatica a interpretare il reato di C... quale un dramma passionale in nulla dissimile da quei tanti che occorre a ogni momento di osservare. Un dramma che nei suoi effetti non ebbe tinte pazzesche nè una violenza oltre l'usato come pure presentarono alcuni delinquenti passionali — Becchis, Marcucci, Trammin ecc. — riferiti da Lombroso.<sup>4</sup> Il fatto che il C... è un epilettico nulla toglie a questo mio modo di considerare, nè la epilessia dopo il delitto manifestatasi rende assolutamente necessario interpretare il delitto stesso come un fenomeno epilettico, come un equivalente psichico. Casfiero fu designato quale « un tipo vero di delinquente politico per pas-

1) Dallelماغne. *Dégénérés et déséquilibrés*. Paris. Felix Alcan, éd. 1895.

2) Legrand du Saulle. *Étude médico-légale sur les épileptiques*. Paris 1877 e Roncoroni. loco cit.

3) Ball. *Encéphale*. Luglio 1886.

4) Lombroso. loco cit.

sione » da Lombroso<sup>1</sup> ed era pure un epilettico. Se nella maggioranza dei casi non è facile fare codeste distinzioni diagnostiche e noi non abbiamo frenometri, per adoperare l'espressione di Falret, atti a valutare il grado con cui la malattia dispiega la sua influenza nel meccanismo psichico, se nella maggioranza dei casi questo non si può dimostrare e non v'ha ragione di ricorrere ad altre spiegazioni perchè la genesi epilettica del delitto appare evidente, ed è inutile pensare ad altre cause ed ogni obiezione è speciosa, nel caso di C.... la distinzione mi appare chiara e la questione diagnostica da me sollevata non è questione bizantina nè inutile ove si consideri il riflesso che può gettare sulle affermazioni prognostiche. La distinzione si presenta chiara ponendo mente a tutta la storia del C... prima del delitto, ai caratteri di questo, ai fatti che lo susseguirono.

C.... è un epilettico e la epilessia era nel suo organismo dalla nascita allo stato di latenza: i centri suoi inibitori, malgrado ciò, erano vigorosi e potenti così che egli ha potuto vivere sino ai 24 anni, perfettamente onesto, con carattere abbastanza mite, senza scosse nè originalità e compiendo regolarmente i tre anni di vita militare, di quella vita che per il grave sacrificio della persona, per la durezza della disciplina mette a serio cimento i caratteri per natura poco equilibrati. S'innamora, lascia l'amante in un momento di poca consideratezza e di collera, si pente subito dopo, cerca riallacciare l'amore, si dispera, uccide. Il delitto nulla ha di strano nelle sue parvenze. Dopo alcuni mesi il C... si manifesta epilettico. Ora tale successione di fatti suggerisce a me questo ragionamento. Il C.... spinto da una forte passione amorosa uccide l'amante. Questo turbine passionale profondo e violento che cangia in pochi istanti aspetto alla sua esistenza e da uomo onesto lo rende omicida; il pentimento, il rimorso, il Carcere, il Manicomio criminale, il dolore della libertà perduta forse per sempre, tutti questi fattori accumulati insieme hanno reso manifesta la epilessia rimasta prima intimamente nascosta nel suo organismo. La passione amorosa ha armato la sua mano ed il delitto è stato una reazione, eccessiva se si vuole come — del resto — nella maggioranza dei reati d'impeto, tutta affatto passionale, non uno sconvolgimento epilettico, non un equivalente psichico, non la scintilla che ha

---

1) Lombroso, loco cit.

fatto divampare l'epilessia nascosta; tanto è vero che il delitto — come più sopra ho dimostrato — per nulla si è distaccato dalla forma che soglion avere i reati passionali e si dimostra invece molto dissimile dai reati epilettici ai quali non si potrebbe sintomalogicamente ascrivere se non tenendo conto delle rare ed eccezionali forme di epilessia psichica. La passione amorosa ha incendiato di fuoco rapido e fuggevole il suo cervello; ma il delitto, il rimorso dell' avere uccisa la persona amata ha distrutto il suo animo come la perdita dell' amore della libertà ha inaridito ogni sua speranza. È in queste ultime condizioni che la epilessia latente ha rotto ogni freno ed è scoppiata nelle sue manifestazioni caratteristiche e con accessi convulsivi e disturbi psichici ben diversi da quello stato di mente che determinò il delitto e ne segnò in modo assai chiaro il carattere passionale. Acquieta- ta un poco la tempesta passionale per l' azione benefica del tempo, il C..., se ne toglì un certo grado di eccitabilità, è tornato quale era prima del delitto e gli accessi epilettici non si sono più fino ad ora manifestati.

Perciò senza aggiungere molte altre considerazioni che si presentano alla mia mente, parendomi dimostrato a sufficienza il mio pensiero, io non esito a ritenere il delitto di C.... quale un reato passionale, non un equivalente psichico dell' epilessia.

Ora sorge una questione? La epilessia che era il lievito nascosto del sistema psichico di C..., per quanto nascosta, non ha esercitato influenza veruna sulla determinazione del delitto? Qui non è difficile rispondere. Il C... per effetto della sua intima costituzione epilettica doveva certamente appartenere alla classe di quegli individui nei quali le emozioni e le passioni trovano terreno fecondo per svilupparsi in tutta la loro forza: è la classe dei « criminaloidi » come Lombroso <sup>1</sup> li chiamò, nei quali spesso si scopre o il sottostrato epilettoide o la vera epilessia e che io penso rappresentino molte volte degli epilettici in potenza, come era C... prima del delitto, e che non divengono epilettici in effetto forse perchè la forza degli stimoli non è sufficiente a fare esplodere la costituzione epilettica con le comuni ed evidenti manifestazioni sintomatiche dell' epilessia. Quando la passione agi-

---

1) Lombroso. loc. cit.



sce in questi individui « le tendenze morbose, congenite che fino a quel dato delitto rimasero allo stato latente, e soltanto allora si manifestarono, vengono ad esercitare necessariamente una influenza notevole sulla entità del reato stesso » (Bonanno).<sup>1</sup> È però a stretto rigore di logica questi individui allorquando commettono un reato per passione non possono essere giudicati come *veri e propri* delinquenti passionali, poichè in essi lo stimolo agisce su di un terreno preparato, facile al crescere rapido, al giganteschiare delle reazioni passionali e la passione non è l'unico elemento psicologico che determini il delitto come si verifica nel vero delinquente passionale. Essi sono pseudo-delinquenti passionali, come giustamente li chiama e distingue Bonanno:<sup>2</sup> denominazione e distinzione ragionatissime poichè non solo servono, come nel caso nostro, a separare sintomaticamente questa specie di delinquenza da quella puramente e realmente passionale e da quella indubbiamente pazzesca o epilettica, ma offrono vantaggio pratico per la valutazione della pena e delle misure di prevenzione che debbono nei differenti casi con diversa misura essere applicate.

Concludendo: il C... è, a mio parere, uno pseudo-delinquente passionale non un individuo che ha commesso il suo delitto in un momento di equivalente psichico epilettico. Questa distinzione non è vana. Non accettando come equivalente epilettico il delitto di C... cade la principale base per ammettere il concetto della assoluta irresponsabilità: e questo è importante.

---

### **Psicosi pellagrose**

CONTRIBUTO CLINICO

del Dott. **Jacopo Finzi**

(continuazione)

**Oss.** LI. B. Francesca di Campi Bisenzio, n. nel 1854, da 3 anni pellagrosa, da due alienata episodicamente in primavera, è ammessa il 10. 5. 1900 per la maggiore gravità con cui i sintomi si sono ripresentati quest'anno.

---

1) Bonanno. Il delinquente per passione. Torino. Fratelli Bocca, ed 1896.

2) Bonanno. Loc. cit.

11. 5. L'inferma é molto agitata o in preda a visioni che la occupano continuamente. Parla di mille cose diverse, senza prestare attenzione a quel che avviene intorno a lei. Non risponde che raramente, con monosillabi alle domande. Perde urine e feci. Non é sitofoba.

In questo stato di confusione agitata permane 12 giorni; temp. mass. 38, 8 il giorno prima della morte.

22. 5. 1900. Morte.

Il tifo pellagroso è uno dei tanti quadri che il delirio acuto assume a seconda che rappresenta la forma iperacuta o semplicemente una grave acutizzazione dei tipi eziologicamente diversi di amenza. Se quindi clinicamente esso rientra del tutto nel quadro di quest' ultima malattia, o in quello dei deliri tossici e da collasso, ciò non esclude che eziologicamente esso non costituisca qualche cosa di indipendente, e che, anche dal punto di vista sintomatologico, non possa avere qualche caratteristica che lo distingua dalle altre forme di delirio acuto. Del resto è la identica questione del rapporto fra psicosi pellagrosa e amenza. Il dubbio che si debbano le psicosi pellagrose mettere a sè come le psicosi alcooliche non è certo del tutto da trascurarsi. Noi vedremo in fine se la cosa sarà possibile ora, o se abbisognerà altro materiale.

**Oss. LII.** F. Giacomo di Galeata, n. nel 1882, fu 5 volte al Manicomio di Imola per pellagra. Ammesso il 19. V. 900.

È in uno stato di profondo decadimento fisico; ha i segni dell' eritema pellagroso; è molto confuso e agitato. Grida centinualmente « Dio mio, non mi uccidete, aiuto, aiuto » ed altre frasi spesso incomprensibili. Toccandolo, reagisce violentemente.

26. V. Si tranquillizza, mangia da sè, risponde a tono a molte domande. È però assai male orientato, o per lo meno incertissimo nelle sue risposte.

19. XI. Sta benino di forze e perfettamente di psiche. Quanti anni hai? 79, sono nato il 7. IV. 1822. L'hai avuta molte volte la pellagra? Son più di venti anni che co l'ho. Che cosa ti sentivi quando ti condussero qua? Cadevo in terra, non avevo forza e mi pareva sempre di essere ubbriaco, non potevo mangiare. Da quanto tempo sei qui? dal 19. V. Dove siamo qui? A. S. Salvi. Data? 19. XI.

Psichicamente questo è ora un individuo perfettamente sano. La psicosi è eziologicamente una psicosi da esaurimento e da pellagra, sintomaticamente è una psicosi acuta ansiosa e confusionale. (Il malato è stato dimesso guarito il 25. V. 901).

**Oss. LIII.** V. Filomena di Borgo S. Lorenzo, n. nel 1839, da molti anni pellagrosa, acutamente nel V. 900 si agita, non vuole stare a letto, nè in casa; tenta di gettarsi dalla finestra. È ammessa al Manicomio il 30. V. 900.

È molto confusa e sudicia; ha logorrea, non risponde mai a tono alle domande. Con alternativa di agitazione e di astenia la malata arriva al 20. VII. 900. Morte.

Vedi casi XXVI, XLII, LI, ecc.

**Oss. LIV.** V. Angiolo di Dicomano, n. nel 1867, dal 1897 pellagroso, dalla primavera del 1900 confuso di mente, si ammette al Manicomio il 7. VI. 900.

Segni di pellagra; contegno tranquillo, parla poco e disordinato; non si regge in piedi.

12. VI. Eccitato, scende di letto, molesta gli altri, ora piange, ora ride, non dorme; a intervalli grida parole incomprensibili; temp. normale.

Per cinque giorni stazionario.

17. VI. muore.

**Oss. LV.** F. Giacomo di Rocca S. Casciano, n. nel 1863, pellagroso da qualche anno, è ammesso al Manicomio il 9. VI. 900.

All'ammissione è agitato, confuso, tremante. È molto male orientato, domanda che lo si lasci a letto perchè « non si sente fiato ».

1. VIII. 900. In meno di due mesi il malato con lento ma continuo miglioramento è giunto ad uno stato di perfetta lucidità mentale. Fisicamente invece permangono ancora debolezza generale, disturbi frequenti della digestione, dolori addominali, talvolta cefalea.

20. XI. 900. È abbastanza rimesso in salute. Perfettamente orientato. Lavora da molte settimane. Interrogato risponde molto lentamente ma con esattezza; l'aspetto è indifferente.

(Il malato è stato dimesso guarito il 26. 1. 901).

**Oss. LVI.** F. Domenico di Galeata, n. nel 1867, ripetutamente affetto da pellagra, è ammesso nel manicomio il 15. 6. 1900.

Straordinariamente deperito, coi segni della pellagra, è tranquillo, ha un'apparenza depressa. Interrogato, si mostra accasciato, stanco, è parzialmente disorientato; non si muove dal letto; si regge a mala pena in piedi; se non è interrogato non parla mai. Alvo sciolto; alimentazione scarsa. Dopo 18 giorni di degenza si aggravano rapidamente le sue condizioni.

4. 7. 900 muore.

Sezione necroscopica, 5. 7. 900. Nulla di macroscopicamente anormale nel cervello: leggera iperemia venosa. Cuore estremamente flaccido e pallido. Polmone sinistro congestionato, destro normale. Fegato iperemico con chiazze di degenerazione grassa. Milza molle di volume doppio del normale.

Re-ne sinistro grande e ipermeico, destro normale. Nell'intestino qua e là iperemia e lievissime emorragie sottomucose.

Non ci fermiamo a fare considerazioni su questi casi, data la loro perfetta analogia con tanti altri precedenti su cui ci siamo fermati.

**Oss. LVII.** F. G. Battista di Galeata, n. nel 1846, ammesso nel manicomio il 18. 6. 900.

Eritema, confusione leggera, disturbi gastro-intestinali, grave deperimento fisico.

5. 7. Psicicamente sta bene, è orientato; il lieve smarrimento di 15 giorni or sono è completamente sparito.

Si rimette a poco a poco fisicamente e si rilascia guarito il 20. 10. 900.

Vedi casi II, VI, XXVII, XXXIII - XXXVII ecc.

**Oss. LVIII.** B. Ellero di Rocca S. Casciano, n. nel 1844, pellagroso da parecchi anni, incominciò a dare segni di disordine mentale nella primavera del 1900. Il medico lo mise a regime ricostituente, e in breve il B. migliorò. Nel Giugno ricadde acutamente in preda a grave confusione: si manda al Manicomio il 18. 6. 900.

Non è bene orientato. Sembra depresso, ma è soltanto smarrito per la debolezza e per il disorientamento.

Migliora a poco a poco ed è dimesso guarito il 15. 9. 900.

V. caso precedente.

**Oss. LIX.** P. Domenica di Galeata, n. nel 1853, figlia e sorella di alienati, da qualche tempo pellagrosa, acutamente ammala di alienazione mentale ai primi 6. 900. Logorrea, confusione, agitazione. Fugge per le campagne gridando. Ammissione in Manicomio 18. 6. 900. Presenta all'esame: denutrizione profonda, eritema pellagroso evidentissimo; riflessi rotulei esagerati. Parla sempre fra sè, ma di rado si riesce a capire che cosa dice. Interrogata, raramente risponde a tono. Queste poche risposte rivelano un grave disorientamento, confusione mentale. Persiste agitazione motoria. Non c'è sitofobia.

30. 7. Leggero miglioramento delle condizioni psichiche. La debolezza muscolare e lo stato generale deperitissimo persistono. Mangia poco.

28. 8. Muore dopo un rapido aggravamento di tutti i sintomi.

Questi rapidi aggravamenti spesso letali, senza una causa manifesta, anzi quando il malato è lontano da tutti i presunti fattori eziologici della psicosi, al pari delle recidive intramane-comiali di pellagra a distanze varie, talvolta assai grandi, di tempo, possono dare luogo a molte considerazioni patogenetiche.

Questi aggravamenti e recidive intramanicomiali non presentano mai sintomi nuovi: ci aggiriamo sempre nel campo dell' amenza e dei delirî acuti, i cui sintomi non sono che più o meno numerosi e più o meno gravi.

**Oss LX.** M. Francesco di Tredozio, n. nel 1844, è colpito nella primavera del 1900 da grave pellagra con sintomi di confusione mentale. Ammesso al manicomio il 2. 7. 900, non presenta che residui di pellagra e di smarrimento psichico. Questi disturbi già leggeri spariscono rapidamente, e il malato è dimesso guarito il 23. 9. 900.

Cfr. caso LVII.

**Oss. LXI.** A. Francesco di Tredozio, n. nel 1832, da molti anni soffre intermittentemente di pellagra. Nella primavera 1900, oltre al riacutizzarsi dell'eritema e della gastro-enterite, l'infermo presenta grande spossatezza, ronzio alle orecchie, smarrimento psichico, deambulazione difficile.

È ammesso al manicomio il 2. 7. 900. Rifl. rot. esagerati, andatura paretico-spasitica quasi impossibile, tremori diffusi.

19. 11. È molto migliorato, non presenta quasi più segni di eritema; andatura presso che normale. « Quanti anni hai? » — « molti, più di 70, non so preciso »; rammenta i disturbi della pellagra. Dice di essere entrato in manicomio nel Giugno, e che ora si è in Novembre o in Dicembre. Non rammenta come lo abbiano portato da casa a qui. Sa dov'è; riconosce benissimo le persone. Ha un contegno corretto.

(Il malato è ancora degente nel manicomio; psichicamente presso che sano, fisicamente piuttosto sofferente. 6. 901).

Si ha qui una neuropatia, a cui si aggiungono pochi e insignificanti sintomi psicopatici di natura confusionale. E anche questi vanno lentamente scomparendo. Non si può qui parlare di demenza, nè di melancolia, nè d'altro. Una diagnosi psichiatrica è appena possibile.

Il disorientamento parziale e le dismnesie si riferiscono solo al decorso della malattia. Non si può escludere che lo stato confusionale da esaurimento e intossicazione abbia potuto coincidere col principio di una demenza senile. Ma per ora non abbiamo dati positivi per ammetterlo. I sintomi organici notevoli non sono quelli della senilità, e i sintomi psichici sono ben chiaramente comuni e propri ai casi anche più puri e indubitati di amenza pellagrosa.

**Oss. LXII.** T. Paradisa di Montelupo, n. nel 1854, nell'inverno 1898-99 divenne per la prima volta pellagrosa. Fu nel manicomio, dal 22. 9. 99 al

9. 12. 99 un po' smarrita e depressa. Pochi mesi dopo la dimissione ridivenne anemica, debole, irritabile, manifestò idee ipocondriache, di persecuzione, di suicidio. È riammessa al manicomio il 10. 7. 900.

È confusa e agitata: non inveisce però contro nessuno e non tenta mai di farsi del male: canta e grida, predica frasi sconnesse talvolta incomprensibili girando per la camera. Riflessi patellari esagerati, pupille rigide.

15. 9. Si è alquanto calmata: è sempre disorientata, sebbene ordinata. Pare abbia a volte delle allucinazioni. Si alza talvolta di letto perchè la chiamano, o perchè ha sentito la voce di un parente. Ha qualche idea delirante labile e sconnessa. Fisicamente è pure un poco migliorata, le pupille reagiscono. Rifl. pat. esagerati.

Improvvisamente (1. 12. 900) si mostra molto abbattuta, accasciata; ha gravissima diarrea. Temp. mass. 37. 6, min. 35, 9. Si mette a letto e dopo tre giorni, quasi istantaneamente, muore. (4. 12. 900).

La diagnosi non offre difficoltà, e, quanto al decorso, cfr. casi LIX, LIII, LI, XLV, XXVI, XXV, XXII, ecc.

**Oss. LXIII.** G. Assunta di Chiesanuova (Prato), n. 1829, è portata al manicomio il 12 7. 1900. Non parla che bisbigliando, è irrequieta, ma non agitata; sudicia, rifiuta il cibo, presenta evidenti segni di eritema, presumibilmente pellagroso, alle mani. Muore tre giorni dopo (15. 7. 900).

**Oss. LXIV.** B. Antonio di Vicchio, n. nel 1834, dal 1898 pellagroso, debole ed esaurito, ammalò acutamente il 28. 7. 1900 di alienazione, presentando agitazione motoria, logorrea, confusione nei discorsi e negli atti. È ammesso al manicomio il 30. 7. 900. Confusione mentale, disorientamento. Segni di eritema pellagroso.

Migliora abbastanza rapidamente.

È dimesso guarito il 16. 10. 1900.

In questo, come nel caso precedente, l'eritema alle mani era il solo indizio obbiettivo della pellagra. Ora, che l'eritema basti alla diagnosi non è ammesso, perchè eritemi simili sono dati anche da altre condizioni morbose. Nel caso LXIV il medico che riferisce l'anamnesi afferma l'esistenza della pellagra fino dal 1898; ma per il caso LXIII la diagnosi di pellagra è solo probabile. Di fronte a questa difficoltà, e nell'impossibilità di risolverla, noi ci limitiamo ad escludere questi casi dal novero dei pazzi per pellagra, ma constatiamo però che almeno per i casi 63 e 64 la sintomatologia non differisce in nulla dalle varietà di psicosi sicuramente pellagrose.

**Oss. LXV.** M. Francesco di Rocca S. Casciano, n. nel 1853, dal 1897 ogni anno nei mesi di Giugno-Luglio ha eritema, debolezza, gastro-enterite, confusione e smarrimento.

Nel 1900 essendo questi sintomi più gravi del solito si ammette al Manicomio il 16. 8.

Presenta i segni organici della pellagra, rifl. esagerati, prostrazione generale. Parla talvolta da sè a bassa voce; risponde sempre bene a tono, un po' incerto sul valore delle sue risposte, ma orientato.

Si rimette fisicamente, e parte, dichiarato guarito, il 13. 10. 1900.

Vedi i casi di psicosi leggera da pellagra, come quelli delle Oss. II, VI, XXXVII, LV, LX, ecc.

**Oss. LXVI.** G. Arduina di Firenzuola, n. nel 1861, ammalata coi sintomi fisici e psichici della pellagra nella primavera del 1900, per cui si ammette al manicomio il 20. 5. dove rimane fino al 23. 6. Poco dopo ricade ed è riammessa al Manicomio il 18. 8. 900. È agitata, canta, grida continuamente; lascia le feci e le urine in letto, o per terra dove si trova; non risponde mai a tono alle domande.

6. 9. È migliorata; tranquilla e pulita.

20. 12. Sta benino, ma è sempre alquanto debole e di umore piuttosto triste. Dice di non sentirsi ancora bene, che la pellagra non le vuole più andar via. Rammenta confusamente gli episodi acuti della malattia.

(L'inferma seguita molto lentamente a migliorare; è ancora al Manicomio: 6. 1901).

**Oss. LXVII.** G. Ottavia di Palazzuolo, n. nel 1846, fin dal 1883 è pellagrosa. Nel 1897 è una prima volta in Manicomio: in stato di nutrizione scadentissimo, confusa, con deliri vaghi e incoerenti, agitata, si rimette a poco a poco ed esce nel 1. 98 presso che guarita. Ma il 23. V. 98 è riammessa nell'identico stato della prima volta. Esce con le apparenze della guarigione psichica, e molto migliorata fisicamente, il 17. II. 1900. Ma l'eritema ricompare col caldo; l'anemia e la debolezza, il catarro gastro intestinale si riacutizzano: si mostra psichicamente molto abbattuta, fugge di casa, o sta inerte sopra una sedia; tenta il suicidio. E riammessa al Manicomio il 26. IX. 900.

Presenta residui di disturbi organici pellagrosi e tracce di confusione. Rammenta male le ultime settimane. È molto abbattuta di forze. Migliora però rapidamente.

10. XI. Perfettamente orientata, ordinata, attiva, si lagna ancora un poco di una certa debolezza.

Parte guarita il 9. XII. 900.

**Oss. LXVIII.** G. Maria di Galeata, n. nel 1848, fu già con la diagnosi di delirio pellagroso in Manicomio dal 27. V. al 30. VIII. 99 e dimessa guarita.

Ricaduta nel 900 negli stessi disturbi fisici e mentali, fu di nuovo ricoverata al Manicomio il 30. IX. 900. Profondamente confusa, emette a volte qualche grido e lamento, ma per lo più sta prostrata e taciturna in letto. Non dorme quasi affatto e spesso rifiuta il cibo. Sta così un mese. Muore il 30. X. 900.

**Oss. LXIX.** C. Giuseppina di Bagno di Romagna, nata nel 1854. Mari-tata con figli. Nel 1890 stato anemico grave; amenorrea. Stato depressivo. Dopo cura energica ha mestruazione abbondantissima. Manifesta l'idea di essere stata incinta e che l'abbiano fatta abortire. Delirio di rimorso, di dannazione; tentativo di suicidio; sitofobia. Ammessa in Manicomio il 3. VII. 1891, ne esce guarita il 19. XI. 1892 con la diagnosi di melancolia.

Nella primavera del 1896 presenta i sintomi di pellagra. Nell'autunno dello stesso anno lo smarrimento psichico profondo, lo stupore, la sitofobia inducono ad una nuova ammissione 24. IX. Per un mese l'inferma, denutrita, con le mani e il viso desquamate dall'eritema pellagroso rimane a letto presentando una profonda prostrazione fisica e psichica e confusione mentale.

Nel XI. 1896 eccitamento disordinato, logorrea, affettività esagerata in tutte le direzioni, disorientamento completo che a poco a poco sparisce; mancano allucinazioni e idee deliranti. Con lievi oscillazioni va lentamente migliorando, finchè il 13. VI. 1897 è dimessa in buonissime condizioni.

A casa sta bene fino alla primavera del 1900, in cui i sintomi cutanei, intestinali e nervosi della pellagra fanno una nuova comparsa. In modo quasi acuto, il 10 Ottobre 1900 disorientamento generale e smarrimento, inquietudine, parola sconnessa, sitofobia. È riammessa al Manicomio il 18. X. 1900.

Aspetto cachettico: scarsi residui di eritema, alvo stitico; riflessi rotulei esagerati; ulcera corneale acutissima. Inquietudine, agitazione generale, movimenti disordinati, atassici; non sta in letto; mangia pochissimo; lingua patinosa, alito fetido; risponde raramente alle domande e mai a tono. Non manifesta segni di essere allucinata, bisbiglia o pronuncia parole senza nesso. Temperatura normale. Muore il 17 Novembre 1900.

Frenosi maniaco-depressiva pare debba essere la diagnosi del primo episodio psicopatico (fase depressiva) sofferto da questa donna. Allora essa non era pellagrosa.

La pellagra si è mostrata con troppa ricchezza di sintomi caratteristici e in rapporto troppo stretto con le ulteriori fasi di alienazione mentale, perchè ad essa non si debba prestare attenzione nel definire le ultime sindromi. Tanto più che queste non hanno punto mostrato i caratteri di fasi depressive o esaltate della frenosi maniaco-depressiva. Sintomaticamente, all'infuori



dell'assenza di febbre, l'episodio di pazzia mortale presentato dalla G. C. corrisponde al delirio acuto.

**Oss. LXX.** G. Gerolamo di Bagno di Romagna. n. nel 1837, pellagroso da epoca indeterminata, dal Luglio 1900 cominciò a dimostrare un certo grado di confusione. Fugge di casa vagando senza scopo per la campagna. È ammesso al Manicomio il 18. X. 900.

Aspetto gravemente cachettico. Interrogato, risponde a tono alle prime domande, poi mostra di stancarsi subito, divaga, non risponde più a tono, o non risponde affatto. Ha le tracce dell'eritema pellagroso.

Aia cardiaca aumentata, primo tono incerto, secondo aspro e soffiante; arteriosclerosi.

Emette feci e urine in letto, allontana, o, brancolando, fa cadere qualunque oggetto gli si avvicini: ha disturbi intestinali; è debolissimo.

15. XI. 900. Psicicamente è migliorato. Rammenta solo confusamente gli ultimi due o tre mesi, è incerto ancora nelle risposte, ma non è mai confuso; è pulito, mangia da sè. È sempre molto debole, non si regge quasi affatto sulle gambe. Una mattina, scendendo di letto per urinare, cadde e si ferì alla fronte. Ha sempre molta diarrea, che non cede a nessun rimedio.

30. XI. Deperisce sempre di più, è debolissimo. Psicicamente non è peggiorato negli ultimi giorni.

1. XII. Muore, essendosi fatto sempre più grave lo stato di esaurimento. Necroscopia 2 Dicembre ore 10.

Cadavere emaciato, edemi ai malleoli.

Calotta cranica non aderente, dura madre di aspetto normale e piuttosto sottile. Seno longitud. super. vuoto. Vascolarizzazione scarsa. Opacamenti delle meningi sottili, diffusi nelle parti posteriori dell'encefalo. Circonvoluzioni anemiche; sostanza cerebrale molle. Vasi cerebrali arteriosclerotici.

Polmone sinistro atelettasico in sinechia completa.

Polmone destro enfisematoso, di volume aumentato, ipostatico.

Cuore grande, non flaccido, coronarie sclerotiche. Valvole aortiche fortemente raggrinzate, insufficienti, orificio aortico ristretto.

Cavità addominale contenente una notevole quantità di liquido trasparente, citrino chiaro. Fegato di volume piuttosto piccolo, di colore un po' pallido, capsula ispessita, con sostanza aumentata, leggera degenerazione grassa.

Milza di grandezza e consistenza normale, capsula opaca, raggrinzata, polpa scarsa.

Rene sinistro di metà volume del normale, durissimo, aspetto raggrinzato. Due sostanze ben distinte e in rapporto normale. R. destro leggermente aumentato di volume. Stomaco alquanto dilatato.

Intestino qua e là atrofico, in alcuni punti iperemico (sono conservati i pezzi di sistema nervoso e dei vari organi per l'esame istologico).

**Oss LXXI.** C. Antonio di Palazzuolo, n. nel 1833, fu ammesso una prima volta al Manicomio nell'89; vi rimase dal 20. I al 3. IV e fu dimesso guarito con la diagnosi di Mania pellagrosa. Nella modula di allora si dice che era stato ripetutamente pellagroso negli ultimi anni. Una seconda volta fu ammesso il 7. X. 1897, dimesso il 10. III. 98 con la diagnosi di follia pellagrosa. Terza ammissione 15. VII. 99 — 29. III. 900: diagnosi demenza senile. Quarta ammissione 25. XI. 900.

26. XI. Aspetto discreto, è alzato, passeggia. All'interrogatorio sull'orientamento risponde con assoluta esattezza. Nessun segno di pellagra in fiore. Come stai? Non c'è malè. Perchè sei venuto qua? Cosa vuol che faccia fuori, non ho da mangiare!. Ma il Manicomio non è un ricovero di accattoni. Mah, nessuno mi vuole perchè non posso lavorare molto, e io sto bene qui,.. ecc.

Nessuna diagnosi psichiatrica. Il C. A. è un ex pellagroso, che, essendo già stato più volte al Manicomio, vi ritorna in parte per volontà degli altri che non lo possono sfruttare, o lo temono come pazzo, in parte per volontà propria, trovando egli nel Manicomio un asilo tranquillo e sicuro per la sue vecchiezza miserabile. (Il malato sta ancora immutato nel Manicomio).

**Oss. LXXII.** B. Tobia di Montesorbo, n. nel 1834, è ammesso al Manicomio il 2 Dicembre 1900. Pellagroso indubbiamente, per lo meno dalla primavera del 900, dall'Ottobre presenta tremore generale, irrequietezza, smarrimento. All'esame si trova orientato, ordinato, leggermente smarrito e ipocondriaco. Fa l'impressione di un nevastenico.

31. XII. È stazionario. Complessivamente sta bene. Egli dichiara di non volere uscire dal Manicomio, perchè se no muore di fame.

Si manda a lavorare.

(Il malato, date le buone condizioni, in cui già da molti mesi si trova, è dimesso dal Manicomio il 26. VI. 901).

**Oss. LXXIII.** F. Rosa di Marradi, n. nel 1866, è ammessa il 4. XII. 900. L'anamnesi dice che questa donna ha presentato vari accessi di pellagra, di cui l'ultimo accompagnato da grave confusione mentale.

All'ammissione è debole, leggermente smarrita, ma ordinata e orientata. Ha evidenti tracce di eritema pellagroso.

30. XII. E già rimessa in salute, lavora.

(È ancora al Manicomio: VI. 901).

**Oss. LXXIV.** C. Maria di Premilcuore, n. nel 1851, da lungo tempo pellagrosa ad esaurita, è ammessa per la prima volta il 21. XII. 900.

Pessimo stato di nutrizione, momenti di calma, quasi di benessere, alternati con periodi di agitazione leggera, logorrea non rumorosa, confusione, e periodi di profonda prostrazione. Insonnia, sitofobia: a volte non riconosce le persone e si mostra completamente disorientata: ha allucinazioni visive e uditive.

31. XII. Va peggiorando continuamente. (Muore il 22. I. 901).

**Oss. LXXV.** C. Rosa di Portico, n. nel 1846, è ammessa per la seconda volta al Manicomio il 24, XII. 900.

Nel 1899 aveva avuto una grave amenza, protrattasi per sette mesi, che l'aveva messa in fin di vita. La natura pellagrosa della amenza era estremamente probabile, per il fatto che da molti anni si ripetevano accessi di pellagra, e i sintomi nervosi si facevano ogni anno più gravi: che l'insorgere dell'amenza aveva coinciso con una di queste riacutizzazioni: per il parallelismo fra tutti i sintomi fisici e psichici.

Alla nuova ammissione insonnia, sitofobia, confusione mentale, logorrea e momenti di agitazione motoria alternati con momenti di stupore astenico. Tremori diffusi agli arti; riflessi rotulei esageratissimi. Rimane in questo stato pochi giorni.

(Muore il 10. I. 901).

**Oss. LXXVI.** A. Francesco di Galeata, n. nel 1836, da 7 - 8 anni pellagroso, è ammesso per la prima volta al Manicomio il 25. XII. 900 perchè è agitato, fugge di casa, cade in terra per la debolezza.

È disorientato, debolissimo: ha tutti i segni cutanei e gastroenterici della pellagra: ha senso di freddo e fame insaziabile, polso lento, debole, lingua patinosa, screpolata, temperat. sovente 35,8.

(Migliora progressivamente: psichicamente è ora (VI. 901) guarito. Si trova però ancora nel Manicomio).

∴

Il materiale da noi sfruttato non proviene da paesi dove la pellagra domini in modo molto notevole, il che per il nostro scopo non è punto uno svantaggio. Nelle regioni dove la pellagra è comunissima, esiste probabilmente una facilità eccessiva alla diagnosi di psicosi pellagrose: donde il fatto paradossale delle forme molteplici e differentissime di queste psicosi.

Se una grande parte della popolazione di un manicomio è pellagrosa, è molto verosimile il pensiero che fra pellagra e psicosi non sempre necessariamente esista un nesso causale, anche indiretto, ma che molti pellagrosi, indipendentemente dalla pel-

lagra, soffrano di involuzione senile, di frenosi maniaco-depressiva, di demenza paralitica, ecc.

Noi abbiamo esaminato tutti gli alienati entrati nel manicomio in due anni, i quali, secondo l'anamnesi, o all'esame obiettivo, davano garanzia di avere o di avere avuto la pellagra. Molti di questi casi, per la mancanza assoluta di qualsiasi altro elemento eziologico, per la costanza ed uniformità di rapporti fra sintomi organici e psichici, di rapporti sintomatici, clinici e terapeutici, hanno offerto un materiale tipico, scolastico, di psicosi acute da pellagra, materiale di confronto forse a tutte le forme acute sospettate di origine pellagrosa. (Casi 2, 4, 5, 8, 13, 19, 29, 41, 52, ecc.).

In altri casi, oltre alle sindromi psicopatiche, sempre aventi i caratteri di psicosi acute, abbiamo notato dei disturbi, prevalentemente, se non esclusivamente nervosi, aventi caratteri di cronicità, anche allora in rapporto abbastanza semplice e dimostrabile con la pellagra. (Casi 11, 31, 39, ecc.).

Finalmente abbiamo trovato dei casi in cui la sindrome psicopatica sarebbe stata notevolmente atipica: ma in tutti questi, o essa era abbastanza chiaramente spiegata da una eziologia differente e in ogni caso non era in rapporto manifesto con la pellagra, ovvero l'analisi clinica dimostrò che la forma era soltanto superficialmente atipica. (Casi 1, 14, 16, 22, 32, ecc.).

Così secondo i dati del nostro contributo il fatto della molteplicità delle forme di psicosi pellagrose verrebbe essenzialmente negato, dal punto di vista clinico; d'altra parte però le osservazioni non possono permettere la creazione di un tipo nuovo, caratteristico, di malattia mentale da pellagra.

Già in altra occasione (1) noi eravamo stati condotti a dubitare dell'esistenza di una psicosi pellagrosa caratteristica. Questo sospetto non è del tutto smentito, ma è radicalmente modificato dalle presenti ricerche; le quali dimostrano che una psicosi caratteristica da pellagra non si lascia differenziare non perchè la pellagra possa dare molte o tutte le forme di malattie mentali conosciute, ma perchè le forme di psicosi pellagrosa non sembra si distinguano sufficientemente per il momento, dal punto di

---

1) V. I pazzi nel manicomio di Ferrara del 1871 al 1896. Questo *Bollettino*, Annata 1897.

vista sintomatologico e clinico, dalle altre forme, solo eziologicamente diverse, di psicosi da intossicazione, infezione, esaurimento, rientranti nel quadro clinico della amenza. Vedremo, in ogni caso, più innanzi, fino a che punto una distinzione è possibile.

La *provenienza* dei malati è caratteristica. Come già in altri lavori (1) è stato notato, la Romagna toscana (circondario di Rocca S. Casciano) si rivela come paese di pellagra. Dei nostri 76 casi, 49 provengono dal Circondario di Rocca S. Casciano; 14 dal Mugello (Valle alta del Sieve, cioè quella parte del circondario di Firenze che confina con la Romagna toscana). Gli altri 13 da tutto il resto della provincia, senza preponderanza di alcuna regione. Ora il circondario di Rocca S. Casciano ha dato nei due anni un contributo totale di 176 pazzi, di cui i pellagrosi rappresentano il 27,8 0/0. I rimanenti 127 pazzi di quel circondario vanno divisi per diagnosi psichiatrica, come segue:

Amenza (non pellagrosa) 19, psicosi neurastenica 1, frenosi alcoolica 1, demenza postapoplettica 1, demenza senile 24, demenza paralitica 8, demenza precoce 17, frenosi maniaco-depressiva 39, epilessia 7, frenastenia 10.

La provenienza dei malati ha importanza in quanto essa contribuisce ai criterî eziologici della forma.

Giacchè su certe malattie mentali possono influire ragioni etniche, per altre, ragioni economico-sociali, ovvero etniche ed economico sociali insieme. Fra le prime probabilmente è da mettersi l'epilessia, straordinariamente frequente nella provincia di Firenze, ma sopra tutto nei circondari di Firenze, S. Miniato e Pistoia, molto meno comune nel circondario di Rocca S. Casciano. La pellagra invece, e le dipendenti psicosi pellagrose, su cui le ragioni etniche possono poco influire, almeno per quello che noi ne sappiamo, sorgono e si sviluppano solo dove la miseria associata all'abuso di granturco, specie di cattiva qualità, deprimono il bilancio fisiologico della popolazione.

Questo è dimostrato per tutti i paesi di pellagra ed è confermato nel caso nostro dalle condizioni economiche del circondario di Rocca S. Casciano di fronte agli altri circondari della

---

1) Gucci. La pellagra nella provincia di Firenze. *Lo Sperimentale*, 1888.

Provincia di Firenze, come pure dal crescere della pellagra in armonia col crescere della miseria e delle colture di grano turco nelle Province di Perugia e di Roma.

Anche nei distretti non pellagrogeni il grano turco è coltivato, sebbene non estesamente, e sopra tutto è coltivato meglio e viene assai bene a maturazione. Ad ogni modo nei pazzi pellagrosi dei vari paesi meridionali della provincia si è sempre avverato l'uso della polenta gialla. Non si è sempre potuto dimostrare l'abuso di questo alimento, o la sua cattiva qualità: bensì costantemente la miseria e lo scarso nutrimento in genere.

*La data d'ammissione* al manicomio non ha molta importanza per il rapporto eziologico, giacchè, nonostante il notato frequentissimo parallelismo fra sintomi fisici e mentali, il tempo d'insorgere dalla pellagra è per lo più differente e più o meno lontano del sorgere della psicosi. Però noi abbiamo osservato una curva che ha un certo valore. Il massimo di ammissioni si è avuto nei due anni da noi studiati nel Maggio (11), un altro massimo nel Dicembre (9). Sempre piuttosto alto fu il numero di ammissioni nel Giugno (8), Marzo (8) e Febbraio (8). Minime cifre nell'Ottobre (3) e Novembre (3).

Un'osservazione importante abbiamo avuto occasione di fare e cioè che in coincidenza col massimo numero di ammissioni si ha avuto fra queste il maggior numero di casi acutissimi mortali e che in quei mesi tutti i circondari della Provincia hanno dato un notevole contributo di malati. Il che fa pensare che, indipendentemente dalle cause specifiche e generiche della pellagra e delle conseguenti psicosi, o piuttosto in aggiunta e favorito da queste cause, un altro fattore abbia provocato l'irrompere di sindromi psicopatiche tanto gravi. Anche le recidive, talvolta gravissime, intramanicomiali a distanze di tempo varie dall'ammissione, tolgono valore alla data d'ingresso nel manicomio come appoggio al criterio eziologico. Di queste recidive noi ne abbiamo osservate parecchie nei più diversi mesi dell'anno (Aprile, Maggio, Ottobre, Novembre: Oss. III, XXII, XXXI, XLVIII.)

Nella anamnesi di molti (25) malati è detto che i sintomi fisici della pellagra erano sorti nella primavera: molti (37) avevano avuto pellagra un numero indeterminato di volte per una serie anche lunga di anni e di questi una buona parte non era

mai stata per lo innanzi nel manicomio. In qualche caso invece il primo insorgere della pellagra è subito accompagnato da gravi disturbi mentali, così che il malato entra tosto nel manicomio (Casi X, XII, XVII, LX, LXVI). Tutti questi fatti dimostrano, che indipendentemente dal problema della eziologia della pellagra, il problema della eziologia delle psicosi pellagrose presenta lati oscuri e complessità numerose e diverse.

L'età non apparisce teoricamente debba avere per sé una azione qualsiasi sull'insorgere di psicosi, le cui cause si credono essenzialmente estrinseche all'organismo. Però si può pensare che le età in cui gli strapazzi e le cause d'esaurimento sono più forti e l'organismo è più debole, debbano essere quelle che danno il maggior contingente di follie pellagrose. I nostri malati, ripartiti per età, hanno presentato una curva molto significativa in questo senso. Abbiamo avuto 1 solo malato sotto i 30 anni; 9 malati fra i 30 e i 40; 16 fra i 40 e i 50; 20 fra i 50 e i 60; 25 fra i 60 e i 70; e 5 al disopra dei settanta.

Dunque l'epoca in cui comincia l'involutione senile sembra la più propizia allo svolgersi delle psicosi pellagrose. Esiste però in questa curva una certa differenza se si prendono in considerazione gli uomini ovvero le donne.

Il sesso non si dimostra causa predisponente palese in questi casi. Sono state trovate in alcune provincie d'Italia più numerose e più gravi le psicosi pellagrose nelle donne che negli uomini, e si è attribuito ciò al fatto che le donne hanno un organismo più debole, mangiano meno degli uomini, bevono meno vino, e il loro alimento è ancor più uniforme e meno nutritivo che quello degli uomini. Nella provincia di Firenze noi non abbiamo constatato questo. Abbiamo avuto complessivamente nei 2 anni 42 uomini e 34 donne, e la distribuzione per età è stata molto simile per i due sessi, all'infuori di una prevalenza nelle donne per l'età fra i 40 e i 50 anni (5 U. e 11 D.); e di una fortissima prevalenza di uomini nel periodo di età fra i 60 e i 70 anni (20 U. e 5 D.). Questo fatto può essere ricondotto a un ordine di cause analogo a quello sospettato per la maggior frequenza e gravità delle psicosi pellagrose nelle donne. Tanto più che nelle donne noi abbiamo avuto un maggior numero di esiti letali non attribuibili ad altra causa che non fosse la pellagra stessa. Infatti su 26 morti, 16 erano donne e 10 uomini.

Tutto ciò quando si ammetta come verosimile che l'insorgere di una psicosi pellagrosa sia l'indice e la prova di una gravità maggiore della pellagra. Il che non è punto dimostrato.

La *sintomatologia*, ricca nei particolari, è stata di una straordinaria uniformità nelle linee generali. Noi abbiamo potuto in base ad essa, oltre che in base al decorso ed esito, che sono stati ancor più uniformi, stabilire con una certa sicurezza la diagnosi clinica generica di Amenza nella quasi totalità dei casi.

Non è qui il momento di ritornare sul concetto di Amenza. I deliri febbrili, tossici, da esaurimento e da collasso rappresentano eziologicamente un infinito numero di forme: sintomaticamente palesano una variabilità assai limitata: clinicamente si è per ora condotti a raccogliarli sotto un unico capitolo. La nessuna differenza sostanziale fra di essi e quelle malattie denominate dagli autori confusione mentale primitiva, demenza acuta guaribile, confusione acuta agitata, delirio acuto, frenosi sensoriale e simili, diverse solo nella durata e nella gravità, è oggi mai per molti autori palese e non ha bisogno di dimostrazione.

Come in altri capitoli di psichiatria clinica, le sindromi, che possono presentare differenze anche notevoli e costituiscono tipi vari e sottoforme numerose di Amenze, giustamente possono essere denominate diversamente, ma l'unità clinica non si può scindere. Forse quando l'anatomia patologica sarà più progredita, essa mostrerà che si tratta in tutti questi casi solo di una diversa gravità della stessa lesione generale delle cellule corticali, già messa in vista per alcune di tali forme. Ora lo studio delle psicosi pellagrose porta un contributo notevole a questa dottrina e le serve di valido appoggio.

In alcuni dei nostri casi noi non abbiamo riscontrati sintomi psicopatici sufficienti per fare una qualsiasi diagnosi psichiatrica. In questi casi, escluso il XXXII, in cui non si è trovata nessuna psicosi pellagrosa, ma una demenza precoce a tipo paranoide, indipendente e preesistente alla pellagra, in questi casi (XI, XV, XVIII, XXXIX, LXI, LXXI, LXXII), noi troviamo soltanto nel campo psichico una certa depressione di umore, una grande esauribilità, tutti disturbi concomitanti alle gravi lesioni organiche e giustificati dalla cachessia profonda esistente in quei



casi. Può venire il sospetto, come nel caso XXXI,X che il paziente abbia avuto un episodio confusionale di cui non rimangono quasi più tracce; o che qualche episodio delirante o confusionale si sia presentato, ma così leggero e così breve, da non poter essere definito come malattia mentale vera e propria, bensì come passeggera manifestazione sintomatica di una affezione generale.

In parecchi di questi casi (XI, XV, LXI, LXXII) abbiamo notato gravi sintomi organici a carico del sistema nervoso: sindromi pseudotabiche, segni di poliveurite, tremori, ipertonicità muscolare ecc. per cui viepiù risaltava la nessuna entità dei disturbi psichici. Quello che importa notare è che, anche voluti considerare come veri e propri sintomi psicopatici, i leggeri disturbi osservati non hanno nessun carattere specifico e sono facilmente riferibili all'esaurimento somatico.

Questa conclusione parziale è confermata dall'esame di quei casi un poco più gravi psichiatricamente, casi che ci hanno condotti alla diagnosi di forma leggera di amenza. I quali casi si sono presentati al manicomio in parte realmente affetti da una forma leggera di psicosi, mentre altri apparivano tali solo perchè, secondo ogni probabilità, erano già in convalescenza di una malattia mentale breve ed acuta. Queste convalescenze (ad esempio casi II, X, XXVII, XXXVII) sono caratterizzate da grande debolezza, esaurimento, facile stancabilità, emozionabilità grande, smarrimento psichico, incertezza nelle risposte e nei ricordi delle ultime settimane o degli ultimi mesi. Identici sintomi si hanno nelle forme leggere propriamente dette, nelle quali l'anamnesi nulla dice di un pregresso periodo di maggiore gravità, e nelle quali il paziente non presenta le dismnesie riferibili ad uno stato delirante o confusionale passato. In queste forme leggere però si presenta a volte episodicamente uno stato che si può chiamare delirante, diagnosi che può essere suggerita dalla brevità dell'accesso confusionale, se insieme è esistito qualche altro sintoma che ha portato nel quadro alcune tinte più forti, come logorrea, allucinazioni. Stato delirante è in ogni caso solo una designazione sintomatica; e noi nei tre o quattro casi, in cui abbiamo adoprata questa denominazione, non abbiamo voluto che accennare alla somiglianza sintomatica di alcuni momenti delle psicosi pellagrose con stati morbosi di natura tossico-infettiva conosciuti

con tal nome. Sarebbe evidentemente erroneo definire come tali i casi IV, XXVIII, XXIX, ed altri, dei quali i due ultimi sono due vere e proprie amenze, il caso IV ugualmente un' amenza, ma assai leggera.

Nei casi di amenza leggera VI, XII, XXX, XXXIII, XXXIV, XXXV, XXXVI, LVII, LVIII, LX, LXV, LXVII, LXXIII, si riscontrano solo i sintomi fondamentali dell' amenza e anche questi talvolta appena accennati o assai instabili e fugaci. La definizione più propria di queste forme morbose sarebbe: stati di esaurimento psichico, simili a queglii stati di debolezza postinfettivi recentemente separati dal Kraepelin. La lesione psichica generica a loro propria è un certo grado di confusione e di disordine mentale, che non sempre porta a disorientamento completo; e, reazione emotiva a queste condizioni, un certo grado di smarrimento psichico, che non sempre arriva all'abbattimento profondo, astenico, od ansioso, di forme più gravi. Come si vede, è per gradazioni insensibili che si arriva alle forme caratteristiche di amenza. Che queste siano la conseguenza di una infezione, o intossicazione, o esaurimento corrispondentemente più grave si può presumere, ma non è facile sostenerlo.

In tutti i casi da noi studiati è costante un certo parallelismo fra alcuni sintomi organici e alcuni sintomi psichici, p. es. fra grado di confusione e smarrimento psichico e stato di nutrizione generale. Ma come abbiamo visto nei casi, in cui una diagnosi psichiatrica non fu possibile, e in altri (ad es. casi V, LI, LII), a volte sintomi organici molto gravi non vanno punto uniti a sintomi psichici gravi, nella stessa maniera che sintomi psichici gravi possono essere scompagnati da sintomi organici. Per cui, se si può ammettere come regola generale che lo stato di nutrizione sia indice della gravità anche dei sintomi psicopatici, bisogna ammettere anche la possibilità che questa concordanza faccia difetto, a cagione di una particolarmente facile reazione corticale ai veleni esogeni ed endogeni della pellagra, dovuta a determinata predisposizione; o a cagione di una resistenza speciale della corteccia di fronte a questi veleni; o di una localizzazione loro in organi e tessuti diversi, come avviene per l'alcool e per la sifilide, per cui in certi individui sono colpite certe parti e certe funzioni dell'organismo a preferenza di altre.

Pensando poi ai casi da noi sopra citati, in cui nessuna diagnosi psichiatrica fu possibile, pur presentando essi notevolissimi sintomi organici, mentre nelle forme leggere di amenza noi non abbiamo generalmente avuto occasione di osservare sindromi neuropatiche molto notevoli, viene il pensiero che talvolta esista perfino una specie di antagonismo fra le lesioni nervose e le lesioni psichiche.

Questo ci porta a considerare i sintomi nervosi della pellagra ad una stregua differente dai sintomi cutanei, intestinali, trofici in genere. Giacchè questi due gruppi di sintomi si comportano in modo differente, talvolta opposto di fronte ai sintomi psichici. Tutti quei sintomi nervosi che abbiamo trovati in forme lievissime di amenza, ed altri che più sotto nomineremo, si presentano anche nelle forme gravi di amenza pellagrosa, ma anche in queste la loro incostanza è sorprendente.

Forme vere e proprie di amenza ne abbiamo riscontrato indubbiamente moltissime (casi III, VII, IX, XIII, XVII, XIX, XXI, XXIII, XXVI, XXVII, XL, XLI, XLIV, XLV, XLVII — L, LII, LIII, LV, LIX, LXII, LXIV, LXVI, LXXVI).

Qui il disorientamento esisteva sempre, e il disordine e la confusione mentale raggiungevano sempre gradi più o meno notevoli di gravità.

Non solo, ma si arrivava spesso ai sintomi psicosensoriali e psicomotori della amenza: allucinazioni, ansia, logorrea, agitazione motoria, stupore. Le allucinazioni sono state rare, visive e uditive, frequenti più di tutto assolutamente nell'acme della malattia, ma relativamente frequenti anche al principio della convalescenza, a volte limitate a parestesie: ronzio nelle orecchie, bruciore nelle gambe. I così detti fenomeni ansiosi, o almeno le loro apparenze, non si sono avuti che in due o tre casi (XXVI, LI); alternative di agitazione e stupore nelle forme più gravi e mortali: una vera sindrome stuporosa di una certa durata nel caso XIX soltanto.

I sintomi nervosi più frequenti sono stati: esagerazione dei riflessi, arrivante a fenomeni gravissimi di ipertonicità generale, di stato quasi tetanico (Oss. XXIV, XXVI, LI); tremori, lesioni pupillari in pochissimi casi e principalmente in quelli gravissimi, o riacutizzati, mortali, terminanti con una sindrome perfettamente analoga al delirio acuto.

I casi XLIII, LIX, LXII sono indubbiamente amenze: ma si potrebbe, sulla falsariga di alcune opinioni esterrate in lavori sull'argomento, dire che, anche se erano delle amenze, queste hanno dato luogo a un delirio acuto o ad un tifo pellagroso. Ora appunto questi tre casi, come pure i casi XVII, XLV, e i casi VIII, LVI e LXX, mostrano assai bene i termini di passaggio, mostrano come il così detto delirio acuto, o tifo pellagroso, nel caso speciale nostro, non presenti nessun sintoma che non sia proprio dell'amenza, mostrano come in molti casi esso non rappresenti che un aggravamento rapido e spesso letale, un riaccutizzarsi violento di tutti i sintomi dell'amenza. Il delirio febbrile e da collasso da un lato per la mitezza dei sintomi, e il delirio acuto dall'altro, che invece li presenta gravissimi, stanno in posizione analoga, di fronte all'amenza, che presenta gli stessi sintomi ora più ora meno gravi, ma sempre molto lungamente duraturi.

Noi abbiamo trovato pronunciatissimi l'insonnia, la logorrea, l'agitazione motoria, le allucinazioni, l'ipertonicità muscolare nei casi che hanno presentato la sindrome delirio acuto e che con questa diagnosi sintomatica abbiamo provvisoriamente definiti (casi VIII, XIV, XXIV, XXXVIII, XLII, XLIII, LI, LIV, LVI, LXIII, LXVIII, LXIX, LXX, LXXIV, LXXV). Le alternative di agitazione fortissime e di stupore si sono manifestate sempre in casi mortali, eccettuato il XLI. In un caso solo a tutti i sintomi comuni si aggiungeva ecolalia e verbigerazione (caso XIV). Non abbiamo dati bastanti, per insufficiente anamnesi e per la brevissima durata della degenza, per supporre in quel caso una psicosi di natura diversa combinata all'amenza pellagrosa acutissima, ma d'altra parte sappiamo che simili disturbi dell'associazione sono propri degli stati d'esaurimento (1).

Fortuite coincidenze di sindromi di natura diversa, esistenti simultaneamente nello stesso individuo, ne abbiamo due sicure: il caso I: leggera amenza pellagrosa e disturbi mentali da morbo di Basedow; e il caso XXII, isterismo e amenza pellagrosa. A questi si può aggiungere il caso XXXII, dove a una demenza paranoide si è forse sovrapposto per qualche tempo uno stato di esaurimento da pellagra.

---

1) Vedrani. Le associazioni nelle psicosi acute da esaurimento. Questo *Bollettino* 1899.

Altre diagnosi non abbiamo avuto occasione di discutere perchè i sintomi osservati non ce ne hanno dato occasione. Se il caso XIV era un po' atipico, se il caso XVI ha potuto far sorgere il sospetto di una melancolia, se il caso XLVI ha presentato qualche idea ipocondriaca, i loro quadri complessivi non si sono scostati in ultima analisi eccessivamente dai caratteri clinici dell'amenza, e noi non abbiamo potuto sostenere in nessun caso un'altra diagnosi. Queste irregolarità sintomatologiche potrebbero del resto riferirsi a qualche causa speciale: uno stato psicopatico costituzionale preesistente, o la coesistenza di un'altra psicosi a forma eccessivamente lieve. Certo noi non abbiamo il diritto, data la scarsità di questi casi atipici, di riferire all'esaurimento e intossicazione pellagrosa sintomi propri della frenosi maniaco-depressiva o di altre. I sintomi di difetto psichico trovati nel caso XX, se hanno fatto sorgere il sospetto di una demenza pellagrosa, non ci hanno autorizzato a stabilire questa diagnosi, perchè l'osservazione era insufficiente.

Fra i sintomi che alcune volte abbiamo notato nei nostri malati c'è il tentativo di suicidio. Di ciò abbiamo detto qualche cosa a proposito del caso XVI. Spesse volte è detto nell'anamnesi che il malato esternò idee di suicidio: ma veri e propri tentativi abbiamo: i casi XVI e LIII gettandosi dalla finestra, nel caso XXII doppio tentativo: gettandosi nel pozzo e poche ore dopo cercando di strangolarsi; nel caso XXII si trattava di una donna isterica. Poi nell'anamnesi del caso LXVII si parla di un tentativo di suicidio non specificato nella forma e che il malato nega. La malata LXIX fece un tentativo di suicidio molti anni prima di contrarre la pellagra, durante un accesso di vera e propria melancolia.

Sicchè noi non abbiamo constatato nè la frequenza dei tentativi di suicidio, nè la preferenza per una determinata maniera di suicidio: naturalmente sarebbe ridicolo il voler fondare un giudizio sui due soli casi XVI e LIII.

Riassumendo, noi abbiamo trovato da caso a caso notevoli varietà nei particolari sintomatici, varietà di nessun valore semeiologico, ma poche o nessuna differenza essenziale nell'insieme della psicosi, tutte le volte che questa psicosi era secondo ogni probabilità legata eziologicamente alla pellagra. E non è a dire che noi abbiamo qui osservato unicamente « casi acuti » in sen-

so stretto. Nei due anni d'osservazione sono entrati dei malati tuttora esistenti che non possono più essere considerati casi acuti.

La *durata* delle forme *psicopatiche* da noi osservate presenta molti lati degni di essere presi in considerazione.

La durata media della degenza dei 76 malati, computando come durata totale la degenza degli esistenti il 31 Dicembre 1900, è stata di giorni 127,4, cioè poco più di tre mesi. Divisi i malati press'a poco, escludendo i dubbî, nelle quattro categorie a noi suggerite solo dalla gravità dei sintomi, troviamo che le forme in cui non abbiamo fatta alcuna diagnosi psichiatrica hanno presentato una degenza media di giorni 215,6 con estremi da 28 a 589. Le forme leggere una media di giorni 157,8 con estremi da 13 a 668. Le amenze caratteristiche una degenza media di giorni 118 con estremi da 5 a 430; finalmente i delirî acuti mortali hanno avuto una durata media di giorni 16,4 con estremi 3 - 30.

I casi III e VII, non ostante la lunghezza della degenza (420 e 430 giorni), sono sempre da considerarsi casi acuti. Ora, fra i 16 malati rimasti in Manicomio il 31. XII. 900, i casi V. XI, XXXI e XXXVI degenti rispettivamente da 668, 589, 353 e 308 giorni, casi i quali presentano i caratteri di forme ormai stazionarie psichicamente, cioè di così detti « casi antichi », non presentano però quasi affatto sintomi psicopatici, perchè o non hanno mai sofferto psicosi, o la psicosi che hanno sofferto non ha lasciato residui.

Anche in questi in ogni modo noi non abbiamo trovato elementi per diagnosi psichiatriche che si discostassero essenzialmente dalla quasi totalità dei nostri casi.

Noi abbiamo voluto vedere se in altro materiale si potevano trovare quadri clinici diversi. E cioè abbiamo esaminato i casi diagnosticati per psicosi pellagrose, degenti da più o meno lungo tempo nel Manicomio, ed ivi esistenti il 1 Gennaio 1899.

In quell'epoca esistevano nel Manicomio 18 malati, 7 uomini e 11 donne, con la diagnosi di frenosi pellagrosa. Brevissimamente ne riferiamo le notizie sommarie.

**Oss. LXXVII.** B. Pellegrina di Tizzana, n. nel 1847, pellagrosa, ammessa al manicomio il 21. 11. 98, morta per aggravamento progressivo della psicosi e della cachessia pellagrosa il 31. 1. 99. Durata della degenza giorni 70. Diagnosi clinica-amenza.

**Oss. LXXVIII.** M. Rosa di Cerreto, n. nel 1872, ammessa per la seconda volta al manicomio per gravissima pellagra e confusione mentale il 24. 10. 98. Dimessa guarita il 26. 2. 99. Degenza giorni 122.

**Oss. LXXIX.** B. Anna di Palazzolo, n. nel 1849, entra nel manicomio per la prima volta l' 11. 10. 98 con la diagnosi di follia pellagrosa. Non si vedono tracce di pellagra. Nè si riesce con sicurezza a dimostrare se essa sia esistita: l'inferma non è molto emaciata, è ansiosa e irrequieta; ha idee di negazione; essa è ancora oggi ricoverata nel manicomio, dove presenta oscillazioni varie nei sintomi di una melancolia dell'età involutiva.

**Oss. LXXX.** F. Domenica di S. Sofia, n. nel 1848, ha un fratello pazzo, ha avuto sintomi di isterismo. È ammessa al manicomio il 6. 10. 98. Ha tutti i segni della pellagra e i sintomi di amenza. Muore per aggravamento di questi il 3. 3. 99.

**Oss. LXXXI.** L. Gaudenzio di Portico, n. nel 1842, ammesso il 2. 10. 98, dimesso migliorato di amenza pellagrosa il 29. 1. 99. Riammesso il 18. 5. 1901 con delirio acuto, morto il 21. 5. 901.

**Oss. LXXXII.** T. Diana di S. Maria a Monte, n. nel 1856, ammessa il 25. 9. 98, morta il 30. 1. 99. Diagnosi indubbia, Amenza pellagrosa.

**Oss. LXXXIII.** R. Giuseppe di Tredozio, n. nel 1836, ammesso già due volte nel manicomio, nel 1859 e nel 1883 con la diagnosi di lipemania, è riammesso la terza volta il 15. 7. 98. Ha segni di pellagra, di cui soffre da pochi mesi, è deperito, non parla, piange spesso, è sitofobo; ha idee di dannazione. Il malato si rimette in pochi mesi dei sintomi acuti, conserva un aspetto un po' depresso, uno stato simile a quello della nostra Oss. V.

Qui il precedente di due accessi di melancolia, quando il malato non aveva mai avuto pellagra, rende il giudizio alquanto incerto.

**Oss. LXXXIV.** C. Lorenzo di Modigliana, n. nel 1838, non è certo abbia avuto pellagra perchè nell'anamnesi è detto « forse pellagroso », e il malato nega la pellagra. Ammesso il 20. 4. 88, fu dimesso migliorato il 19. 6. 98. Ma dopo 15 giorni, il 4. 7. 98 ritornò. Il malato, che ebbe un fratello al manicomio per frenosi maniaco-depressiva, presenta una forma ipocondriaca, delle idee di rovina e di suicidio; migliora col ristabilirsi dello stato di nutrizione. È dimesso molto migliorato il 24. 6. 99. Diagnosi probabile-melancolia dell'età involutiva.

**Oss. LXXXV.** C. Rosa di Portico, n. nel 1846, ammessa l' 11. 12. 98 dimessa il 18. 8. 99. Diagnosi amenza. È la stessa malata della nostra Osservazione LXXV.

**Oss. LXXXVI.** P. Giovanni di Borgo S. Lorenzo, n. nel 1830. Ammesso una prima volta al manicomio per follia pellagrosa, dal 7. 7. 95 al 24. 8. 95,

fu riammesso per la stessa causa il 14. 2. 96. Non presenta rigorosamente sintomi psichici, ha grave cachessia, dolori agli arti (v. Oss. XI). Muore il 27. 1. 99 dopo tre anni circa di degenza.

**Oss. LXXXVII.** C. Erminia di Tizzana, n. nel 1840, ammessa il 1. 7. 98, morta il 12. 1. 99. Tutti i sintomi della pellagra e dell'amenza.

**Oss. LXXXVIII.** S. Antonio di Barberino, n. nel 1841, ammesso il 14. 5. 96, morto il 12. 9. 900. Rimase dunque degente quasi 4 anni e 4 mesi. I sintomi furono quelli dei casi XI, XXXI, XXXIX, LXXXVI.

**Oss. LXXXIX.** G. Francesco di Pistoia, n. nel 1832, ammesso con tutti i sintomi dell'amenza il 18. 7. 94. La pellagra pare dimostrata sicuramente. La permanenza in manicomio era più che altro giustificata da una grave cachessia. Morì di broncopolmonite il 2. 1. 99 dopo circa 4 anni e mezzo di degenza.

**Oss. XC.** C. Luisa di S. Gaudenzio, n. nel 1853, figlia di genitore pazzo, da molti anni stravagante, sta ancor oggi nel manicomio dove entrò con la diagnosi di pazzia pellagrosa, il 13. 2. 1895. È una tipica demente paranoide.

**Oss. XCI.** B. Gaetano di Tredozio, n. nel 1840, sempre apatico e stravagante, ha la madre, una sorella e un nipote pazzi, aveva già dato da parecchi anni segni di alienazione mentale, quando fu ammesso al manicomio il 30. 7. 94, con la diagnosi di frenosi pellagrosa. A quanto i medici anziani del manicomio ricordano, il B. ebbe dopo parecchio tempo che si trovava in manicomio una recidiva di pellagra con eritema, debolezza, diarrea e disordine grave della mente.

Noi abbiamo avuto molto agio di osservare questo malato, mutacistico, negativista, a volte burbero, manesco, a volte imprecante contro non si sa chi; spessissimo accovacciato in un angolo della stanza in strane e scomodissime posizioni. Che una psicosi pellagrosa sia qui esistita pare certo, ma non fu certo questa a trattenerlo tanti anni nel manicomio. Il B. è morto di bronco polmonite il 16. 2. 1901. La diagnosi di demenza precoce s'impone.

**Oss. XCII.** T. Massima di Premilcore n. nel 1854, esiste ancora nel manicomio dal 12. 5. 1887. Dall'anamnesi e dall'esame obiettivo risulta dimostrato in questa donna un grado molto notevole di frenastenia. Entrò con la diagnosi di pazzia pellagrosa.

**Oss. XCIII.** S. Rosa di Lamporecchio, n. nel 1821, ammessa con diverse diagnosi (mania, confusione, pellagra ecc.) quattro volte, fu nel manicomio dal 4. 67 al 9. 67, dal 6. 69 al 9. 69, dal 7. 72 al 9. 72. Finalmente, entrata il 22. 5. 91, dopo quasi otto anni e mezzo, il 7. 10. 99 vi morì di pneumonite. La S. Rosa non era orientata per il tempo, presentava delle lacune nella memoria, l'affettività era nulla; qualche volta sudicia, molti mesi dell'anno a letto per debolezza generale, essa presentava un insieme



di sintomi denotante un certo grado di indebolimento mentale sufficientemente caratteristico per essere diagnosticato come demenza senile.

**Oss. XCIV** Z. Rosa di Modigliana, n. nel 1845, fu con la diagnosi di psicosi pellagrosa nel manicomio un mese nell'estate del 1879, quattro mesi dal 6 al 10. 1882. Finalmente fu ammessa con la stessa diagnosi il 12. 5. 1886 e vi rimase quasi 14 anni, essendo stata dimessa il 15. 3. 1900.

Dacchè è memoria della Z. noi medici attuali, essa apparisce come una persona presso che sana. Ha sempre lavorato, orientata, tranquilla, obbediente, serena. Bastava non parlarle di uscire dal manicomio: nè ella intendeva uscirne, nè la famiglia intendeva riceverla. Esaminata, la Z. Rosa si mostra ordinata e orientata. Le risposte analoghe a quelle ottenute dal malato LXXI, dimostrano il vero stato delle cose. Di demenza non si può parlare, perchè anche il fatto di preferire il manicomio alla propria casa, nelle condizioni di questa donna, non costituisce prova di indebolimento mentale. La Z. non si sarebbe infatti dimessa mai, se una famiglia d'un capo infermiere del manicomio non avesse proposto di tenerla presso di sè. Così essa è passata in custodia privata, come noi diciamo, e abita sempre nei domini del manicomio in condizioni di salute stazionari come da molti anni si trovava.

L'esame di questi ultimi casi è straordinariamente istruttivo. Alcuni di essi rientrano esattamente per diagnosi e per durata di degenza fra i più tipici di amenza pellagrosa già da noi passati in rassegna. Alcuni altri, la cui durata di degenza si prolungò a 1, 2, 3 anni, rientrano o in quei casi di pellagra in cui più che la psiche era colpito il sistema nervoso periferico e midollare, o in quei casi in cui la permanenza nel manicomio è giustificata dalle misere condizioni o dalla semplice cachessia del paziente, ovvero corrispondono non ad una psicosi pellagrosa, ma a una melancolia dell'età involutiva, per la quale è assai arrischiato l'ammettere che la pellagra abbia avuto una parte qualunque nell'eziologia.

I casi veramente antichi, la cui degenza dura da 4, 6, 8, fino 13 anni, diagnosticati al loro ingresso come pazzie pellagrose, ci hanno mostrato tutti, senza eccezione (casi XC-XCIV) malattie mentali diverse, di eziologia non pellagrosa. Giacchè, senza escludere che ciascuno di questi ultimi cinque malati abbia avuto a suo tempo la pellagra e una psicosi eziologicamente in diretta dipendenza da questa (come sembra assolutamente certo per i casi 91 e 94), tutti e cinque debbono la loro lunga degenza nel manicomio a frenastenia, a demenze precoci, demenza senile e a condizioni non morbose in senso stretto.

Per cui anche i casi antichi non servono a mutare i risultati che la sintomatologia dei casi acuti aveva offerto.

Il *decorso* e l'*esito* delle psicosi pellagrose è nelle linee generali assai poco variato. Noi non abbiamo trovato disturbi permanenti residui, sotto forma di difetti o errori di contenuto della coscienza, e tanto meno disturbi permanenti o indeterminatamente riapparenti dell'attività cosciente. Per cui noi abbiamo il diritto di escludere che fra le psicosi pellagrose ne esistano di quelle a decorso cronico, o di quelle che lasciano presumibilmente uno stato psichico cronicamente anormale. Le considerazioni che abbiamo fatto su quei pochi casi, la cui durata di degenza fu molto lunga, ci dispensa dal giustificare ulteriormente questa nostra affermazione. Anche il sospetto fattoci sorgere dal caso XX dell'esistenza di una speciale demenza pellagrosa non è stato confermato dall'esame di questi ultimi casi; giacchè abbiamo trovato bensì dei casi di demenza, ma questa demenza non aveva caratteri specifici, rientrava in uno dei quadri noti della patologia mentale e non si mostrava evidentemente in nessun rapporto causale diretto con la pellagra. Il problema, dato anche voglia essere preso in considerazione, rimane del tutto insoluto.

Noi abbiamo adunque delle psicosi pellagrose essenzialmente forme acute, subacute e peracute.

Nell'ambito di queste forme noi troviamo decorsi continui, ascendenti, remittenti.

Nelle forme leggiere i sintomi sono scarsi di numero e rimangono sempre quelli per tutta la malattia. La curva della loro intensità è lieve nell'ascesa e nella discesa, ed è molto in armonia con la curva del peso corporeo.

Le forme di amenza non si differenziano in modo palese nel decorso e nell'esito, come nei sintomi, dalle amenze ad eziologia differente. L'acme della curva così del numero come dell'intensità dei sintomi è raggiunto per solito rapidamente, talvolta è quasi segnato dall'inizio della malattia. La convalescenza è lunga, la discesa è molto lenta e quasi sempre irregolare. Anche qui curva del peso corporeo e sintomi psichici vanno ordinariamente insieme.

Talvolta abbiamo un andamento, anche subacuto, progressivo. Questi sono casi mortali, che in pochi giorni o in poche setti-

mane danno luogo più o meno rapidamente alla sindrome detta delirio acuto. Così un andamento progressivo ascendente l'abbiamo visto tipico nel caso XXV.

La sindrome gravissima terminale si presenta molto più spesso come riacutizzazione quasi improvvisa che come termine di progressivo aggravamento. Essa può manifestarsi, nei suoi sintomi caratteristici, sebbene sempre preceduta da uno stato prodromico di esaurimento fisico e psichico, o anche da uno stato confusionale più o meno grave, in modo acutissimo e presentare, durante tutto il suo decorso, per solito limitato a pochi giorni o a pochissime settimane, un andamento continuo, almeno per l'intensità dei sintomi. Il numero dei sintomi può offrire notevoli oscillazioni, tanto da dar luogo a delle alternative di sindrome agitata e sindrome stuporosa, fatto questo osservato da noi sempre in casi gravissimi terminati tutti (eccetto uno, il caso XLI) con la morte (casi XVII, XXVI, XLII).

Una particolarità degna di moltissima considerazione, riguardante il decorso delle psicosi pellagrose, sono le recidive intramanicomiali. Nei casi che hanno presentato tali recidive, nè le cause note e supposte della pellagra ebbero luogo di agire, nè la stagione era quella più ordinariamente propizia al sorgere della pellagra. Come avemmo già occasione di notare, la forma recidivante non differisce sintomaticamente dalle altre forme acute o subacute più o meno gravi di amenza pellagrosa; ci può essere recidiva solo dei sintomi organici della pellagra (cutanei, intestinali ecc.) e non recidiva di confusione mentale. I casi in cui noi abbiamo osservate queste recidive intramanicomiali erano in parte individui con eredità o stimate neuro e psicopatiche (oss. XXII), uno arteriosclerotico (oss. III), due avevano per un numero notevole di anni avuto periodicamente accessi di pellagra (oss. XXXI, XLVIII).

Certo è difficile formarsi un concetto esatto e sicuro del come lo stato di intossicazione pellagrosa con le sue tipiche note esogene patogenetiche possa assumere un carattere costituzionale, e divenire forma periodica apparentemente endogena. Le analogie con la sifilide, l'alcoolismo, il reumatismo non spiegano nulla. Che i veleni pellagrogeni possano in certi organismi particolarmente predisposti portare una modificazione del ricambio mate-

riale così da rendere possibile una sorgente permanente di veleni, e che questi per le leggi fisiologiche, al pari che nell'epilessia, nella frenosi maniaco-depressiva, ecc. si svolgano con più o meno regolare periodicità, è una ipotesi che per ora non può essere nè confermata nè smentita, e per quanto si presenti come razionale, non ha per sè che degli argomenti analogici.

L'esito delle psicosi pellagrose è nel maggior numero dei casi la guarigione, nel minor numero dei casi la morte. Noi naturalmente non ci occupiamo qui della pellagra per sè, che già da sola può dare la morte, come, secondo tutte le probabilità è avvenuto nel caso XV, nè delle forme croniche di neuropatia: qui a noi interessano solo i sintomi psicopatici.

La guarigione delle psicosi pellagrose, quando avviene, è per solito perfetta. E sovente la guarigione della psicosi precede la scomparsa totale dei disturbi organici della pellagra.

Per lo meno noi non abbiamo mezzi semeiotici e termini di confronto sufficienti ed adatti per dubitare che la guarigione delle psicosi pellagrose non sia perfetta. Essa avviene molto lentamente. In un numero relativamente grandissimo di casi noi ci siamo dovuti fermare sulla lunghezza, irregolarità, importanza della convalescenze (II, VI, XXVII, L).

Le irregolarità possono assumere il carattere di vere remissioni. Per quanto lunghe, le convalescenze traggono sempre nei loro sintomi i caratteri delle psicosi acute e non si possono mai definire come stati di difetto acquisito permanente.

Se è vero, come si crede da molti, che l'amenza in genere possa dar luogo a una guarigione incompleta, a una forma speciale di demenza terminale, noi non abbiamo nessuna ragione di escludere questa possibilità nel caso che l'amenza sia dovuta a pellagra. Nei nostri novantaquattro casi però questa eventualità non si è presentata: e le demenze, che abbiamo avuto occasione di osservare, non avevano punto i caratteri di demenze da amenza.

Il caso sopra citato XV di morte per pellagra senza psicosi insegna che non sempre e in modo assoluto si può dire che i sintomi psichici sono l'indice della massima gravità della pellagra, sebbene ciò risulti in un grande numero di casi.

Esiti letali noi ne abbiamo avuto in numero molto rilevante: 26 su 76 malati, cioè una proporzione del 34,2 0/10. Se noi ag-

giungiamo i casi LXXIV e LXXV, morti nel gennaio 1901 dopo breve degenza, abbiamo il 36,8 0/0. Ma tenendoci per esattezza alla prima cifra, noi troviamo che i 26 esiti letali sono dovuti quasi esclusivamente alla psicosi: solo nel caso XV si deve attribuire alla cachessia pellagrosa, senza sintomi psichici notevoli, nel caso XXX a bronco polmonite. Il malato dell' Oss. XXVI aveva un carcinoma gastrico: ma l'andamento della psicosi, quando la cachessia, che qui avrebbe potuto essere cancerigna e pellagrosa insieme, non era arrivata ad un grado estremo, esclude in modo assoluto che la morte sia dovuta al tumore.

L'esito letale è sempre dovuto al marasmo, alla cachessia, se l'intensità dei sintomi psichici non è eccessivamente grande (casi XX, XXII, XXV, XL, XLV, LIII). Alle volte, come nei casi LVI, LIX, LXII, la sindrome terminale ha tutti i caratteri del delirio da collasso, brevissimo, e più o meno rumoroso. Ma quando la intensità dei sintomi psichici raggiunge un grado molto elevato, come nei casi VIII, XIV, XXIV, XLII, LI ecc., allora fattori speciali entrano probabilmente nel meccanismo dell'esito. È questa una presunzione che si deduce dal fatto che non sempre il delirio acuto va unito a un grado estremo di esaurimento fisico manifesto (caso XIV), dalla brevità notevolissima della durata della malattia, dal modo acutissimo d'insorgere, dalla ricchezza esuberante di sintomi nervosi e mentali: tutte cose che fanno pensare ad una azione specifica, elettiva, violenta di veleni per qualità e quantità di questi veleni, o per suscettibilità particolare congenita o acquisita di organi e di tessuti.

Ed ora veniamo al punto più importante delle nostre considerazioni, cioè alla *diagnosi* delle psicosi pellagrose.

Un individuo può essere pellagroso per molti anni e anche morire di pellagra senza avere mai malattie mentali vere e proprie, ma solamente quel certo stato di esaurimento psichico in perfetta armonia con le gravi condizioni somatiche. Può il pellagroso ammalare di mente a cagione della sua pellagra, come può presentare sintomi psicopatici per l'azione di altre cause predisponenti e determinanti, che possono stare con la pellagra solo in rapporto lontano, e possono anche con la pellagra non avere nessunissima relazione.

Fatta per tanto la diagnosi generica di pazzia da un lato, e la diagnosi di pellagra dall'altro, non sarà fatta per questo la diagnosi, pur generica, di psicosi pellagrosa.

La pellagra dal punto di vista delle psicosi non si trova nelle favorevoli condizioni dell'alcoolismo, ad es., o del morfinismo, i cui sintomi psichici, per quanto non costantemente, sono assolutamente caratteristici, così che l'intossicazione può essere sospettata e rivelata dall'episodio psicopatico.

Occorre nel caso della pellagra, che questa venga previamente dimostrata: occorrerà che la pellagra venga con assoluta certezza dimostrata per dire che una psicosi è di origine pellagrosa fino a tanto che non sarà dimostrata l'esistenza di una psicosi pellagrosa specifica, caratteristica, patognomonica della pellagra.

Ora è certo che tanto la diagnosi di pellagra, come quella di pazzia in genere, può presentare non poche nè piccole difficoltà.

Noi abbiamo trovato alcuni casi in cui la pellagra non si è potuta dimostrare; degli altri, in cui nessuna diagnosi psichiatrica è stata possibile. Una presunzione di più in favore delle nostre conclusioni cliniche generali fu data però anche da questi casi, giacchè gli uni hanno presentata una psicosi che non si distingueva per nulla dalle psicosi certamente pellagrose; negli altri abbiamo rinvenute oscillazioni dell'attività psichica, che, pur rientrando nel dominio normale, si rivelavano già come prime sfumature di quei sintomi più propri delle psicosi pellagrose. Ad ogni modo noi nell'ammettere la pellagra, se da un lato non l'avremmo ammessa in casi di « pellagra senza pellagra » cioè senza i sintomi classici, nè col puro e semplice eritema, d'altra parte noi, non possiamo credere non sia vera e propria pellagra anche la così detta pseudo pellagra, cioè la pellagra che si manifesta, clinicamente, in tutta la pienezza dei suoi sintomi, ma senza l'azione diretta e dimostrata di quelle cause esterne che sono giudicate come provocatrici specifiche della pellagra. Nel qual caso è il concetto eziologico-patogenetico che occorre mutare e non già il concetto clinico delle forme. Se entro il manicomio o l'ospedale si hanno delle recidive complete senza causa manifesta è facile il pensare che queste recidive indipendenti dalle cause note o supposte della pellagra si possano avverare anche fuori dello spedale. E allora come si può aver controllata l'azione delle cause esterne?

La cachessia non è punto necessaria alla diagnosi di pellagra, ma questo non basterebbe a decidere se la pellagra è fra le cause della cachessia o la cachessia è fra le cause della pellagra, perchè la sensibilità individuale dei vari tessuti di fronte a certe azioni tossiche ed autotossiche è così differente, che noi non possiamo escludere, perchè un pellagroso è in condizioni discrete di nutrizione, che queste stesse non entrino nella eziologia e patogenesi della pellagra. Ed è un fatto palese quant' altri mai che pellagrosi in buono stato di nutrizione non se ne sono mai visti.

Ora i sintomi psichici che si manifestano nel corso della pellagra e che fanno parte del quadro clinico di questa, sono in un grandissimo numero di casi in rapporto molto stretto con lo stato di nutrizione, mentre i sintomi caratteristici della pellagra precedono sempre, spesso di molto, l'apparire dei sintomi psichici. Alle volte certe sindromi psicopatiche acutissime sorprendono il pellagroso in uno stato di nutrizione non troppo scadente, ma questi casi eccezionali, al pari di quelli, molto più numerosi, in cui una cachessia estrema non porta a nessun sintoma psicopatico, non infirmano il criterio generale del rapporto, quando questo è dato dalla maggioranza dei casi di psicosi pellagrose, quando il tipo clinico di queste psicosi sia definito, e quando si sappia quante cause diverse interne ed esterne possono agire nel produrre una psicosi che pure può essere chiamata psicosi pellagrosa.

Evidentemente però nel cercare se esiste una psicosi pellagrosa noi non dobbiamo *a priori* credere di trovare un quadro morboso che, sopra tutto clinicamente, non entri in nessuno dei capitoli che la patologia mentale ha finora creati e fissati. Per conseguenza, perchè in un pellagroso sorgono sintomi di una malattia mentale ben nota, noi non dobbiamo escludere la possibilità che questa malattia stia in rapporto con la pellagra, perchè essa potrebbe avere, fra le numerose cause predisponenti e determinanti, anche la pellagra. Ma qui il problema è d' indole clinica e generale, è un problema semeiologico. Si tratterà innanzi tutto di non chiamare melanconie certe forme elefreniche o amenti, di non parlare di paranoia, di monomanie di fronte a episodi di valore clinico differentissimo, si tratterà di non definire per malattia un sintoma, del resto non costante, come l'idromania che può andare dalla tendenza all' acqua fino al ribrezzo per l' acqua.

Si capisce che un pellagroso può avere un accesso maniaco o melancolico, una demenza precoce, ecc., nel qual caso non si potrà sempre escludere che la pellagra, al pari di qualsiasi strappazzo fisico, di uno spavento, di una infezione acuta ecc., abbia avuto una parte fra le cause determinanti. Ma è un fatto che, per quanto il capitolo dell'eziologia sia per quasi tutte le malattie mentali molto pieno di lacune, quello che si sa sulla frenosi maniaco-depressiva, sulla melancolia come malattia d'involuzione, sulla demenza precoce ci permette di dubitare assai che la intossicazione pellagrosa possa essere per tali malattie una causa essenziale.

Presunzione questa confermata in parte dal fatto che, mentre per altri gruppi di sintomi psichici abbiamo quasi sempre trovato un notevole parallelismo coi sintomi organici, specie quelli di lesa nutrizione, per le sindromi pertinenti alle menzionate malattie, quelle volte che le abbiamo riscontrate in pellagrosi, questo rapporto non si è reso mai palese. Se in genere non bisogna troppo facilmente giudicare una psicosi come legata strettamente in nesso causale con la pellagra, d'altro lato c'è una possibile sorgente di errore, e un pericolo opposto nel fatto delle recidive. Se basta che una o più volte un individuo sia stato sottoposto alle cause esterne della pellagra, perchè poi la pellagra possa recidivare senza che queste cause esterne abbiano di nuovo agito, non è esclusa la possibilità che nella recidiva si presentino piuttosto alcuni che altri sintomi, ad es. i sintomi psichici, con pochi o punti sintomi organici. Si avrà quindi una psicosi che non può per ora venire diagnosticata come psicosi pellagrosa per la mancanza del criterio eziologico e del rapporto coi sintomi organici, mentre realmente essa sarebbe una genuina psicosi pellagrosa. Lo stesso vale per la così detta « pellagra senza pellagra ».

∴

Noi dobbiamo ora cercare di rispondere a due problemi essenziali per l'argomento che ci occupa.

Hanno le amenze pellagrose caratteri sintomatologici e clinici che le distinguano in qualche parte dalle altre forme di amenza eziologicamente diverse?

Rientrano realmente le psicosi pellagrose nel capitolo dell'amenza, e quali sono in ultima analisi i confini di questa malattia?



Prima però ci pare utile esaminare la letteratura delle psicosi pellagrose. Disgraziatamente l'immensa letteratura sulla pellagra contiene ben poco materiale di confronto per il nostro studio, e ciò per più ragioni. Innanzi tutto gl'innumerevoli lavori sulla pellagra riguardano quasi esclusivamente l'eziologia, la profilassi, la cura, i sintomi e l'anatomia patologica, ovvero il lato economico-sociale del problema della pellagra. Solo incidentalmente e di passaggio è trattato il problema delle psicosi pellagrose. In secondo luogo nella maggioranza dei lavori, che parlano anche delle psicosi pellagrose, non si trovano i casi, le storie cliniche riferite, se non per intero, almeno con quei tratti essenziali e obbiettivi che possono permettere un giudizio diagnostico e che giustificano le conclusioni a cui gli autori sono arrivati. Cosicchè, oltretutto non v'è mai la sicurezza che con lo stesso nome si indichi la medesima cosa. E data la esuberante nomenclatura psichiatrica, e la mancanza di metodi semeiotici d'uso comune, e la differenza quasi personale di criteri diagnostici, si capisce come assai poco da sfruttare ci sia.

Pur nondimeno, idee sull'argomento ne sono state avanzate in numero rilevante.

Cominciando dagli articoli monografici sulla pellagra (1), in essi per necessità di esposizione schematica e sommaria, si è cercato di lasciare da parte le idee personali degli autori o di esporre vicino ad esse, nel modo più completo possibile, le idee dominanti, anche sulle psicosi pellagrose.

*continua*

---

1) I. Arnould, Articolo *Pellagre* nel: Dictionn-encyclopéd. des. Sc. méd. par Dechambre.

G. B. Verga, Art. *Pellagra* nell'Enciclopedia medica Vallardi.

C. Tuczek, Art. *Pellagra* nel Dictionnary of psychological Medicine by Hack Tuke.

A. Pieraccini, Capitolo *Pellagra* in appendice al Vol. II della trad. ital. del Trattato di Medicina di Charcot e Bouchard.

*Manicomio Provinciale di Brescia diretto dal Dott. G. SEPPILLI*

---

## **Sopra alcuni concetti di tecnica manicomiale**

APPUNTI CRITICI

del Dott. **Aurelio Lui** 1.<sup>o</sup> Ainto

La cura, l'assistenza e la custodia dei malati di mente formano oggi, sia dal lato umanitario che da quello terapeutico ed economico, uno dei problemi più vitali che interessino la pratica psichiatrica, la società, le amministrazioni che sono chiamate a provvedervi.

Una quantità di questioni s'affolla attorno a simile problema. Da una parte i progressi della psichiatria spiegano nuove esigenze, e dimostrano come essenzialmente al concetto della malattia mentale debba andare associato quello della sua curabilità; dettano perciò nuovi postulati di tecnica manicomiale, suggeriscono nuovi criteri nella edilizia degli asili per malati di mente, nella distribuzione e nella suddivisione dei medesimi, e nei più diversi metodi di trattamento rivolti a togliere, a cancellare fin dove è possibile le asprezze che risultano dalla limitazione o dalla privazione della libertà, e a procurare l'ambiente più appropriato e benefico per il malato. Dall'altra, il numero ognor crescente della popolazione che affolla i manicomi, nel mentre suggerisce nuovi rimedi e riforme per una più conveniente distribuzione dei pazzi, grava così fortemente le finanze provinciali, da rendere assolutamente necessario che al benessere dei ricoverati segua il minore dispendio possibile, e che le esigenze della psichiatria cerchino di armonizzare senza danno dei malati colle esigenze dei bilanci.

∴  
Epperò ci proponiamo di esaminare e studiare il problema dell'ospitalizzazione dei folli in relazione ad alcuni moderni concetti di tecnica, che all'edilizia, alla cura individuale, al collocamento degli alienati cercano di dare un più nuovo indirizzo, di considerare l'efficacia terapeutica e i pratici risultamenti che ne derivano, intendendo che alle considerazioni scientifiche, alle teoriche vedute debbano accompagnarsi i dati positivi dell'esperienza che la pratica manicomiale suggerisce, affinchè scienza e pratica

debbano, come è necessario, conciliarsi ed aiutarsi a vicenda nel dare al problema la migliore sua soluzione dai diversi punti di vista terapeutico, umanitario, economico. — Al che ci sentiamo incoraggiati da una serie di considerazioni obbiettive forniteci in buona parte dall'aver assistito all'organizzazione del nostro manicomio che conta oggidi sette anni di vita, e che raccolse sempre il plauso dei tecnici più autorevoli, e dall'averne seguito per tutto questo periodo con diligenza ed interesse il funzionamento (1).

Il concetto che l'asilo d'alienati debba essere soprattutto un ambiente di cura, un strumento di guarigione, inaugurato da Pinel, Esquirol, Langermann, Reil, Conolly ecc. in sul principio del secolo decimonono e andato via via sviluppandosi, ha trovato nella inopia delle amministrazioni e spesso nello scetticismo del pubblico un grande ostacolo ad un'estesa realizzazione, così che anche oggidi noi siamo costretti a ripetere che i vecchi asili sono delle vere fabbriche di cronici che minacciano ogni di più i bilanci delle Provincie e degli Stati, che queste forze per lo più inattive rappresentate da un grande numero d'alienati possono essere rivolte ad un utile profitto, con vantaggio fisico e morale delle medesime, che mentre non dobbiamo dimenticare che l'asilo deve obbedire ad una misura d'ordine pubblico, deve sopra ogni cosa offrire quel complesso di conforto fisico e psichico che è la base essenziale della cura del malato di mente.

Dobbiamo però rallegrarci che una benefica riforma si va oggi in questo senso largamente compiendo, così che rimane fissata, come condizione di massima nell'assetto manicomiale, una conveniente e razionale suddivisione dei malati in varie categorie, raccolte in padiglioni separati, ricchi d'aria, di luce, collocati in aperta campagna, uno sviluppo razionale del lavoro manuale ed agricolo, una solerte assistenza medica, un appropriato trattamento medico-igienico.

Ma è su questa base che presentemente si svolgono alcune importanti questioni di tecnica, le quali riguardano la preferenza da darsi al tipo di manicomio a padiglioni indipendenti, ma fra

---

1) Sulla costruzione, sull'organizzazione e sul funzionamento del Manicomio Provinciale di Brescia. Note del Dott. G. Seppilli Direttore. Unione tipo-litografica. Brescia 1901.

loro riavvicinati o collegati, armonicamente disposti per i due sessi, con annessa colonia agricola, o al tipo villaggio, vale a dire a padiglioni disseminati su una vasta superficie di terreno, senza muri esterni ed interni, colla maggior possibile applicazione dell'open-door; l'abolizione di qualunque mezzo coercitivo e del sistema cellulare colla conseguente creazione a sistema del trattamento clinoterapico, o la sua razionale limitazione in rapporto ai suggerimenti della pratica; la istituzione di veri manicomi di cura per i casi acuti, rispondenti come tali alle più svariate esigenze, e di asili-colonia per cronici, o la convenienza sotto determinate condizioni di raccogliere i folli in un unico asilo.

La scienza psichiatrica esige che il malato conservi il più che sia possibile il concetto della sua personalità, che meno che si può apparisca o di fatto esista la limitazione della sua libertà, che a lui venga il maggior beneficio dalle più gradevoli impressioni dell'ambiente, avvicinandosi alle condizioni della vita familiare e sociale, e nello stesso tempo che nella fase acuta venga trattato come un malato comune così da averne un vantaggio fisico e psichico reale: epperò propugna l'idea del manicomio-villaggio, dell'open-door, del no-restraint assoluto, dell'abolizione delle camere d'isolamento, del trattamento sistematico a letto, della separazione netta degli acuti dai cronici: essa vuole sintetizzare, fondere in un tutto armonico queste varie esigenze, perchè ne risulti il maggior utile per il malato. La pratica a sua volta si studia di valutare alla stregua dei fatti tutto il valore e l'effetto reale delle vedute teoriche, di stabilire fino a qual punto sia possibile l'attuazione di tali sistemi, e di analizzarne i risultati terapeutici per sè, e in quanto si conciliano col problema economico e con quello della difesa sociale, pur considerando come legge suprema quella del benessere dell'individuo.

∴

Le opinioni sulla preferenza da darsi al manicomio a padiglioni indipendenti ma riavvicinati o fra loro collegati, o a quello a padiglioni largamente e irregolarmente disseminati, a tipo villaggio, sono molto suddivise: vediamo però almeno da noi come sia quasi esclusivamente adottato il primo tipo. Al 10° Congresso della Società freniatrica, in occasione di un progetto d'asilo-villaggio presentato dall'Ing. Azzurri, che tanta parte della

sua attività ha dedicato alle questioni di edilizia manicomiale e di cui dobbiamo lamentare la recente perdita, il prof. Virgilio faceva osservare le maggiori spese di costruzione, d'esercizio e di personale che derivano dall'eccessivo frazionamento edilizio del manicomio villaggio disteso sopra una grande area di terreno e la maggiore difficoltà nella vigilanza, di fronte alla quale stanno sempre immanenti le responsabilità di chi dirige l'istituzione. E le considerazioni a noi sembrano eccellenti, per quanto ci sorrida il geniale concepimento di un asilo-villaggio, anche se questo non rappresenti l'ultima tappa dell'open-door, ma sia circondato da certe norme di sicurezza indispensabili.

Ma consideriamo un po' dettagliatamente l'argomento, pur omettendo le considerazioni sulle spese d'impianto, che di fronte alle altre hanno la minore importanza.

Condizione indispensabile, precipua per il buon funzionamento medico ed economico di un manicomio è anzitutto l'accentramento delle funzioni nel medico direttore: ciò che venne largamente sancito nei nostri Congressi, discusso, ma accolto dai più, nei congressi esteri, stabilito come norma essenziale da tutti i migliori conoscitori di tecnica. Il Manicomio è un organismo complesso, un ospedale sui generis, dove tutti i bisogni devono essere sentiti da chi ne è a capo e distribuiti a seconda delle esigenze, adattati alle varie specie di malati, dove dalla dietetica alla potenzialità produttiva, alle condizioni materiali dello stabilimento, tutto deve essere regolato con un solo criterio direttivo, perchè ne risulti quel carattere di armoniosa unità che nell'interesse di tutti i servizi è indispensabile non venga mai a mancare.

Donde la necessità di una continua sorveglianza del Direttore, della facilità con cui la medesima si possa compiere. Occorre che il Direttore e del pari tutto il personale medico possano rapidamente, frequentemente recarsi da un padiglione all'altro, invigilare tutti i servizi, visitare facilmente e spesso i malati, onde curarne assiduamente il contegno, sorprenderne i mutamenti, le tendenze, i bisogni, colla dovuta larghezza e sicurezza procedere alle dimissioni definitive ed in via d'esperimento, mantenere la disciplina ed educare convenientemente il personale, sorvegliare con estrema facilità l'andamento economico e via dicendo: ragione per cui un manicomio non dovrebbe contenere più di 500 malati.

Tutto ciò è reso difficile in un Istituto largamente disseminato, e costringe ad un lavoro esagerato, soverchio, perchè la vigilanza, l'assistenza sieno costanti, immanenti; senza contare la difficoltà ed i disagi che preparano le inclemenze delle stagioni e del tempo, quando debbansi percorrere e ripetutamente notevoli distanze allo scoperto.

Torna utile poi ricordare, come osservava il Virgilio, il maggior numero di personale d'assistenza che necessariamente richiede il tipo a villaggio, vuoi per la disseminazione che rende più complesso il servizio, vuoi perchè con esso devonsi sostituire quelle garanzie di sicurezza indispensabili in un manicomio e che vengono ad essere materialmente di molto ridotte, vuoi perchè è nello spirito del sistema il no-restraint diremmo assoluto o quasi.

Si dice: le impressioni liete dell'ambiente, il felice tentativo d'avvicinarsi il più possibile alle condizioni della vita sociale, di togliere le asprezze della limitazione della libertà, di spogliare il manicomio per quanto sia possibile del suo carattere di reclusione, sono coefficienti di benessere e di cura morale rilevanti. A ciò appunto provvede il manicomio villaggio con maggiore efficacia. Ma noi ci domandiamo: Forse che la possibile influenza della limitazione della libertà non esiste ugualmente, sia per il provvedimento dell'internamento nell'asilo, che per la sorveglianza continua e la disciplina alle quali l'alienato deve essere sottoposto? Forse che pei malati recenti, che hanno bisogno di cura e sorveglianza speciali, per gli agitati e pericolosi non si hanno anche nei manicomi villaggio più recenti dei comparti chiusi, sia la chiusura rappresentata da una semplice palizzata, da una rete metallica, o da un recinto in muratura? Forse che i tranquilli cronici o convalescenti non usufruiscono indipendentemente dal tipo edilizio dei benefici del lavoro sia nelle officine che nella colonia agricola, nella quale possono godere di quella apparente libertà che, a seconda delle individuali tendenze, può loro essere concessa? Forse che il sistema dell'open-door, di cui il manicomio villaggio è la base edilizia, non può essere da noi applicato che in modo relativo, e che ciò che realmente e praticamente del medesimo può attuarsi non si realizza anche nel primo tipo, perchè corrisponde ad un precetto di una buona tecnica manicomia-

le? Se il sistema dell'open door può essere applicato ad una colonia di cronici tranquilli, subisce delle grandissime restrizioni per un asilo destinato a ricevere tutti i malati di una data provincia. Per quanto il manicomio debba essere essenzialmente un luogo di cura, non cessa per questo d'essere nello stesso tempo un presidio per la sicurezza sociale: e il numero dei malati agitati, disordinati, pericolosi nell'ambiente sociale, quantunque anche relativamente innocui nello stabilimento, per quanto almeno ci suggerisce la nostra esperienza, è così notevole da far salire la proporzione loro ad una cifra ben più elevata di quel terzo che anche il Marandon assegna ai comparti chiusi: nello stesso mentre che molti elementi lavoratori hanno bisogno di una sorveglianza speciale, tanto che si può dire che il lavoro in un asilo d'alienati è ben diverso da quello che si può compiere in una colonia agricola propriamente detta.

E in base a tali considerazioni, che al Congresso di Toulouse e poscia a quello d'Angers, Cristian, Febvre, Sollier, Doutrebente facevano contro le opinioni di Toulouse, Collin, Marandon e altri, il Doutrebente appunto esponeva il concetto che al manicomio ad edifici disseminati dovesse preferirsi quello a padiglioni riavvicinati con annessa colonia agricola.

Eppure nè la difficoltà del servizio, di un'azione costante, efficace del Direttore e del personale medico, nè le maggiori spese d'esercizio, nè le maggiori responsabilità, nè l'equipollenza che sembra derivarne all'atto pratico fra i due sistemi potrebbero trattenerci dal preferire quello a villaggio, quando dal medesimo realmente seguissero maggiori effetti terapeutici; effetti che si devono intendere nel maggior numero di dimissioni di individui guariti o migliorati, e quindi nel minor numero di cronici, nella diminuzione notevole delle forme agitate, e nel conseguente aumento dei cronici tranquilli atti ai lavori, che si convertirebbe in un utile economico per le amministrazioni.

Se noi diffalchiamo dal numero totale degli ammessi in un anno nei nostri moderni istituti, benchè non costruiti a tipo disseminato, quelli di già incurabili all'atto del loro ingresso e di cui una buona parte non è più dimissibile, paralitici generali, epilettici, frenastenici a tendenze pericolose, deliranti cronici, dementi, le cifre dei dimessi vi ponno essere così rilevanti, da non

essere certamente superate da quelle dei migliori manicomi-villaggio nostri e degli altri paesi. Non vogliamo certo istituire dei confronti speciali, tanto più che il genere dei malati influisce al di fuori di qualunque altro fattore sul numero delle dimissioni. Citiamo soltanto le cifre del nostro manicomio e di quello di Bergamo, perchè furono già dallo Stefani prese a termine di paragone in una sua pregevole memoria sull'affollamento dei manicomi, onde dimostrare l'efficacia terapeutica di un servizio bene organizzato dal lato igienico-sanitario: le dimissioni oscillarono in un quinquennio in media dal 75 all'80 0/10: noi giungemmo anche all'84. È vero che vi sono compresi migliorati e non migliorati: ma sta il fatto, per quanto riguarda l'esperienza nostra, che molti dei migliorati poterono rimanere alle loro case, o vi guarirono; e dei secondi, che furono sempre molto pochi, lo studio aveva dimostrato la possibilità del loro sociale adattamento, o l'opportunità di un differente ricovero. Ma vi ha di più. Il soggiorno dei nostri malati dimissibili fu per la massima parte inferiore a un semestre, e se sulla durata del medesimo influisce la natura predominante della malattia mentale, non è men vero che nelle cliniche tedesche ad es. ed in asili dov'è adottato il tipo disseminato e il sistema dell'open-door è sviluppato nei limiti del possibile, la durata della degenza si osserva spesso di molto superiore a un tal limite. Egli è a parer nostro che, quando il manicomio offra il mezzo di una razionale divisione dei ricoverati, e sieno soddisfatte le essenziali esigenze di un'appropriata cura fisica e morale, una delle condizioni più favorevoli di cura è la facilità dell'osservazione dei malati, onde non mai abbandonarli a sè stessi, sorprenderne i mutamenti, cerciorsi delle loro tendenze e anzi tutto la metodica osservazione dei medesimi durante il primo periodo di degenza. La pratica quotidiana insegna essere così possibile attuare una vera cura individuale, sorprendere i primi segni del riordinamento mentale e più sollecitamente e sicuramente indirizzare al lavoro benefico, accertare con maggiore severità i segni dell'alienazione mentale per cui si richiegga il ricovero nel manicomio, rendere più facili e numerose le dimissioni precoci o in via d'esperimento.

Lo stesso Toulouse, che certo non si può sospettare di prediligere i manicomi a padiglioni riavvicinati, dichiara che i ser-



vizi devono essere organizzati in modo che i medici possano conoscere completamente i loro malati, e il Marandon non trova altra soluzione a tale proposito che quella di separare le funzioni del medico direttore da quelle del direttore amministrativo. Ora, nel mentre è innegabile che quest'ultima proposizione del Marandon è contraria ai principi di una buona tecnica manicomiale, una tale conoscenza completa dei malati non è resa più facile, più efficace, più perfetta quando essi siano relativamente raggruppati, quando senza disagio possiamo recarci frequentemente presso di loro?

Ma allo scopo d'esaurire il quesito relativo alle dimissioni, abbiamo voluto, alla stregua dell'esperienza del nostro manicomio, ricercare quali fossero le condizioni speciali degli individui che, presunti guaribili, divennero invece dei cronici, o in cui la guarigione sopravvenne così tardivamente da averne quasi già perduta la speranza; non abbiamo mai potuto persuaderci che le condizioni speciali dell'ambiente nostro avessero potuto favorire un simile fatto. O si trattava infatti di persone con ereditarietà morbosa gravissima, in cui perciò l'elemento degenerativo costituzionale era il vero fattore incriminabile, o di alcoolisti inveterati, in cui era da ritenersi in atto un lavoro di organica alterazione, o di pellagrosi colpiti da ripetute intossicazioni, o di periodici in cui fatalmente gli accessi erano divenuti così frequenti da non renderne più prudente la dimissione nel periodo intervalle, o di stati amenziali che per la loro fenomenologia non avrebbero mai potuto usufruire di un trattamento in relativa libertà. Invero se noi osserviamo le statistiche di molti asili a sistema disseminato, colla maggior possibile applicazione dell'open-door, vediamo un numero rilevante di dimissioni tardive rispetto alle nostre; ma ciò che a tutta prima sembrerebbe un eccellente risultato, in quanto potrebbe significare una minore tendenza all'inguaribilità, potrebbe anche apparire il contrario, quando la percentuale annua totale risultasse inferiore alla nostra! E ciò non è infrequente riscontrare.

L'accusa adunque che Marandon rivolge al sistema dei manicomi chiusi, che cioè essi sieno delle fabbriche d'incurabili, noi non la potremmo ritenere giustificata che per quegli asili-caserme, di cui pur troppo anche oggidi molti sono gli esempi,

e in cui realmente per i dannosi effetti dell' insufficienza dell' igiene, di un inevitabile affollamento, e della deficienza di personale medico, le dimissioni si avverano in proporzioni molto minori che nei nostri moderni istituti. Il citato lavoro dello Stefani lo dimostra con delle cifre.

Si modifica forse realmente il numero delle forme agitate?

Se da una parte riconosciamo come triste retaggio dei vecchi asili, di un affollamento necessario e fatale l' esacerbarsi delle tendenze degenerative costituzionali, il mantenersi e il diffondersi di violenti stati d' agitazione, non è questo un appunto che far si possa ai moderni manicomi, dove si provvede ad una conveniente separazione dei malati. Ma al di fuori dell' organizzazione dell' asilo, vi sono malati permanentemente scomposti, agitati, impulsivi, per la natura stessa della loro costituzione psichica, numero variabile da regione a regione. Da noi ad esempio per la prevalenza delle forme degenerative della pazzia, per la costituzione frenastenoida prevalente negli ammessi, le tendenze impulsive, laceratrici, disorganizzatrici sono notevolmente frequenti, e ciò specialmente nel sesso femminile.

Quando poi pensiamo quanta parte abbiano nella cura morale dell' alienato la disciplina, la compostezza del contegno, come da esse spiri un sentimento d' ordine, una continua forza benefica che inibisce o raffrena il manifestarsi di abitudini o di tendenze deplorabili, e che il compito di curarle e mantenerle è affidato alla diligenza del personale di servizio, si comprende di leggeri come esso verrà tanto più facilmente raggiunto quanto più il personale medico potrà direttamente invigilarvi, e l' infermiere avrà la coscienza di questa vigilanza immanente: via, per quanto siamo ottimisti, non possiamo oggi pretendere almeno da noi di avere un personale che sia profondamente compreso della delicata missione che gli viene affidata!

Riassumendo perciò sembra che il manicomio a padiglioni riavvicinati con annessa colonia agricola per lavoratori tranquilli non riesca nei risultati reali terapeutici inferiore a quello a padiglioni disseminati, nel mentre concilia l' interesse dei malati all' utile economico, alle esigenze della sorveglianza e della sicurezza indispensabili in tali istituti e rende più facili e spedite le funzioni complesse del medico-Direttore, più attiva la osserva-

zione da parte del personale medico, ciò che è importantissimo per il retto e vantaggioso funzionamento dell' asilo.

Si lamenta che il muro di cinta, i muri divisorii interni, la disposizione armonica dei fabbricati, le gallerie coperte influenzano tristamente il malato (se pure non è da domandarsi col Christian se ciò non riesca più penoso a noi che all'alienato), e non permettono quella abbondanza d'aria e di luce di cui l'igiene dello stabilimento indubbiamente s'avvantaggia: ma se una tale disposizione si osserva nella maggior parte dei manicomi a padiglioni avvicinati, non è detto che ciò costituisca una parte integrante dell'edilizia. Senza ricorrere alla disseminazione dei fabbricati, che offre molti inconvenienti senza compenso di reali vantaggi, mantenendo invece un armonico riavvicinamento dei medesimi, ci sembra che egualmente si possa dare allo stabilimento l'aspetto più lieto e la disposizione più igienica, modificando l'edilizia in modo da sostituire ai muri, alle gallerie coperte, siepi, graticciati, viali scoperti, e circondando i fabbricati di ampi cortili o giardini; e il muro di cinta potrà pure abolirsi, quando non manchi la dovuta sorveglianza.

...

Noi siamo giunti nel problema edilizio dell'ospitalizzazione dei pazzi al concetto dell'opportunità del relativo accentramento piuttosto che della disseminazione dei medesimi, e così per sommi capi abbiamo vagliate le ragioni per cui non siamo favorevoli nella pratica a questo secondo sistema.

Ma una questione è oggidì all'ordine del giorno nella riforma dei manicomi che merita d'essere esaminata per sè e in quanto ha la sua importanza nei disegni edilizi: essa è mossa giustamente dal doppio intendimento che occorre raccogliere le nostre risorse sul malato curabile, e provvedere agli incurabili con mezzi meno dispendiosi, cercando per quanto è possibile di trarre dai medesimi i migliori vantaggi. In base a ciò, in luogo di costruire dei grandi manicomi, si dovrebbe, come già da tempo sostiene il Prof. Tamburini, che con tanta competenza di simili riforme tecniche si occupa, pensare ad istituire dei *manicomi di cura* relativamente piccoli *pei casi acuti* e dei *grandi asili-colonia* per tutti gli altri casi, rimanendo come ideale la creazione di speciali asili per idioti, epilettici, alcoolisti, pellagrosi.

Se non che il Manicomio di cura difficilmente può essere inteso nel significato più stretto della parola, come destinato cioè solamente ad ospitare i malati affetti da malattie mentali acute, guaribili: imperocchè questi formano un'esigua parte della popolazione manicomiale, per la quale occorrerebbe l'istituzione di un vero manicomio a padiglioni separati secondo i criteri moderni; mentre poi per le forme inguaribili, che rappresentano circa i  $\frac{3}{4}$  della popolazione (Griesinger, Virgilio), occorrerebbe provvedere adeguatamente, onde ospitare quell'ampia categoria di malati che al pari degli acuti hanno bisogno d'assistenza e di sorveglianza continua per le loro tendenze e per il loro stato d'agitazione permanente o transitorio, che non permette il loro trattamento in relativa libertà, ma esige speciali garanzie di sicurezza. D'altra parte una netta distinzione fra acuti e cronici è difficile per non dire impossibile, in quanto che il criterio della curabilità e dell'incurabilità è spesso arduo a determinarsi (Parchappe), e questa considerazione ha creato sempre la maggior opposizione all'idea di Griesinger, per tacere d'altri, che sosteneva l'istituzione di asili distinti per acuti e per cronici (*Heil und Pflegeanstalten*).

Così il concetto del Manicomio di cura va praticamente inteso nel senso di un ospizio attivo che serva sia pei malati acuti propriamente detti, come per quelli in genere che hanno bisogno d'assistenza, di sorveglianza, di custodia speciali: al quale va annesso l'asilo-colonia per i tranquilli che possono godere di un trattamento più libero.

Questo concetto lo troviamo attuato nel Manicomio di Altscherbitz, di Untergoltzsch, Nietleben, Wolgarden, indirizza la costruzione di altri in Norvegia, Scozia, Russia, Olanda ed America, ed è sostenuto in Francia dal Marandon, Magnan, Colin ed altri.

Padiglioni d'osservazione per quelli che non presentano ancora tutte le garanzie per essere inviati alla colonia, d'accettazione e sorveglianza per malati recenti e in genere per quelli bisognevoli d'attenta sorveglianza, 2 comparti di agitati, uno d'infermeria, una sala da lavoro formano il manicomio propriamente detto in Altscherbitz, senza muri di cinta o interni e gallerie coperte, ma disposto nei suoi edifici non in modo disseminato, ma con una certa regolarità e simmetria appunto per ren-

dere più facile la sorveglianza; ad esso in ordine sparso s'aggiungono numerosi edifici nella colonia per la maggior parte degli alienati, per l'applicazione la più semplice dell'open-door, del lavoro agricolo e delle altre occupazioni che permettono d'utilizzare le diverse attitudini dei malati. Una tale sistemazione, scrive il Serieux, rappresenta oggi la formola definitiva nell'ospitalizzazione dei pazzi; prima d'ora, soggiunge, si sono visti dei grandi asili annettersi una piccola colonia; quivi i termini della proporzione furono per così dire invertiti: è una vasta colonia d'alienati corrispondente a circa i  $\frac{2}{3}$  dell'intera popolazione che si aggiunge un ospedale per il trattamento dei malati colpiti da psicosi acute e per l'isolamento e la sorveglianza di quelli ai quali lo stato mentale non permette d'approfittare della vita in libertà.

Tale sistemazione è in vero eccellente e rispondente ai migliori dettami della psichiatria pratica: ma l'importante è, secondo noi, di designare se le proporzioni in cui dovrebbe essere suddivisa la popolazione manicomiale possano permettere sempre dovunque un sopravvento così notevole dell'asilo colonia sul manicomio propriamente detto, un'applicazione così ampia del sistema della colonizzazione, tanto da arrivare ad estenderlo sino ai  $\frac{2}{3}$  dei malati.

Dubitiamo che il calcolo, che può riescire eccellente per manicomi di altri paesi, possa senz'altro essere applicato a tutti e specie ai nostri; anzi ci siamo convinti colla pratica giornaliera fatta in questo manicomio che una delle condizioni principali nell'erezione di tali istituti sia quello di studiare accuratamente le forme della pazzia prevalenti, quale sia il numero delle forme agitate, degenerative, e via dicendo, affinché l'asilo risponda praticamente al molteplice suo scopo di luogo di cura, di custodia e di riposo. Lo stesso Marandon diceva a tale proposito che il modo con cui si ripartisce un dato numero d'alienati varia a seconda dell'ambiente che li fornisce, del sesso al quale appartengono; e il Finzi giustamente osservava che le questioni pratiche assumono da paese a paese aspetti e trovano applicazioni molto più differenti di quello che non facciano le vedute teoriche. Quanto poi le ragioni etniche abbiano forza nel determinare il numero dei malati per cui non riesce possibile il

trattamento in libertà lo dimostrava anche recentemente l'Angiolella in ragione del temperamento e del carattere delle nostre popolazioni.

Ed infatti, studiando i nostri malati, ci persuadiamo che una cifra di gran lunga superiore ad 1/3 è quella che ha bisogno oltre che di cura, di custodia e sorveglianza speciali, e questa classe non è reclutata solamente fra gli agitati, i clamorosi, gl'impulsivi, ma fra cronici, apparentemente tranquilli, allucinati, deliranti, dementi precoci ecc., e varia notevolmente anche a seconda del sesso.

D'altra parte nell'elemento che può vivere all'asilo colonia occorre distinguere i dementi innocui, tranquilli, incapaci di un lavoro utile, da quelli sia acuti che cronici, che sono tranquilli, atti a lavorare utilmente e a godere di una relativa libertà. Trascurando per un momento i primi, di cui diremo più innanzi, a proposito dei secondi possiamo dire che il loro numero è sempre alquanto limitato, quantunque il numero complessivo dei lavoratori sia sempre notevole e tanto più quanto maggiormente è vigile l'osservazione e ben organizzato il servizio. Infatti, perchè il lavoro debba essere sviluppato nella maggiore misura come mezzo di cura, ad esso si applicano molti malati che hanno bisogno però di una sorveglianza attiva, che lavorano ad intervalli e che devono facilmente essere invigilati dal personale medico. Certamente le cose debbono essere alquanto diverse per un manicomio molto popoloso di circa 1000 e più malati, poichè il maggior numero essendo precipuamente a carico dell'elemento cronico inguaribile, riuscirà in proporzione sempre maggiore la quantità di quelli che potranno godere della vita colonica, e produrvi un lavoro utile, usufruendo dei maggiori vantaggi dell'open-door.

Ma un punto importantissimo è il trattamento degli alienati affetti da malattie mentali acute, onde soddisfare alle esigenze della terapeutica individuale e mettere a loro profitto quelle risorse che la psichiatria suggerisce come più vantaggiose e convenienti. Abbiamo già detto che, riservando il manicomio di cura per gli acuti guaribili, si giungerebbe a un tale frazionamento degli edifici manicomiali che risulterebbe di notevole pregiudizio economico. A noi sembra da un punto di vista pratico che

quando si consideri che 1/3 almeno degli alienati ammessi sono già degli incurabili al momento dell'entrata, secondo le cifre di Parchappe, per i quali poco dura per lo più il periodo d'osservazione, che il numero dei malati curabili esistenti simultaneamente non rappresenta che una modesta frazione, il 10° o al massimo l'8° degli esistenti, un unico comparto serva egregiamente allo scopo del trattamento degli acuti, quand'esso contenga una razionale divisione per tranquilli ed agitati, a meno che per questi ultimi e forse più convenientemente non si voglia determinare una speciale sezione nel padiglione degli agitati medesimi. E poichè funzioni di trattamento e di sorveglianza devono essere immanenti e indivisibili, così in tale comparto di cura dovranno trovar posto tutti quelli che per le loro speciali tendenze hanno bisogno di una continua vigilanza: sitofobi, tendenti al suicidio o altri, che in ultima analisi poi si trovano nella massima parte fra i malati acuti.

Riputiamo di non andare errati nel ritenere, per quanto l'esperienza ci insegna, la sufficienza di questa sistemazione, e ciò quando si rifletta al numero dei malati guaribili simultaneamente presenti, alla media della degenza dei medesimi, che varia da 3 a 6 mesi, e al fatto che nel periodo della convalescenza cessano di rimanere in detto luogo per godere di un trattamento di maggior libertà.

Quello stesso provvedimento che il Prof. Tamburini suggeriva nella riforma dei manicomi, che cioè venissero destinati, nei manicomi già esistenti, dei grandi comparti affatto separati unicamente alla cura dei casi acuti e curabili con servizio tutto speciale, ci sembra quello che meglio concilia l'utile economico allo scopo terapeutico che si prefigge e che possa essere il preferibile anche nell'istituzione dei nuovi manicomi.

Se perciò consideriamo in primo luogo che l'istituzione di un vero manicomio di cura, nello stretto senso della parola, porta un eccessivo dispendio, e che stante il numero limitato dei malati acuti le funzioni del medesimo ponno essere soddisfatte da uno speciale comparto di trattamento, che se per manicomio di cura dobbiamo intendere l'asilo che accoglie oltre i malati acuti tutti quelli che abbisognano di sorveglianza, di assistenza e di custodia speciali, ben difficilmente potrà il loro numero limitarsi,

almeno da noi, ad 1/3 della popolazione, ma ne dovrà accogliere un numero ben superiore e diverso anche secondo i sessi, mentre d'altra parte limitato è sempre il numero di quelli che possono dare un lavoro attivo al di fuori di un'attenta sorveglianza, a meno che il manicomio non ospiti una categoria di malati che realmente non presenterebbero i veri requisiti per rimanervi, e che in secondo luogo un'eccessiva disseminazione dell'elemento manicomiale rende difficile lo studio, l'osservazione dei malati e più grave il problema economico, mentre nei pratici risulamenti non corrisponde meglio del sistema di un relativo accentramento, se consideriamo tutto questo, ci sembra in ultima analisi che, allo scopo di conciliare l'utile economico alla speditezza, alla facilità del servizio e della vigilanza, si possa, anche in base a queste nuove vedute nell'ospitalizzazione dei pazzi, pensare di preferenza ad un manicomio che in vari padiglioni fra loro ravvicinati, e collegati o meno raccolga le diverse categorie di malati, quando come parte integrante del manicomio vi sia una vasta colonia per quella parte di acuti, convalescenti, cronici tranquilli che possono attendere ad un lavoro produttivo e relativamente libero.

In sostanza il concetto fondamentale resta sempre: manicomio propriamente detto per gli acuti, degni di sorveglianza ed assistenza, colonia per i tranquilli lavoratori; e tale è appunto il concetto che espresse anche il Virgilio al Congresso di Napoli. Dopo aver discusso infatti sulla preferenza o meno da darsi al tipo villaggio, egli diceva che oggidi la scienza e la pratica sarebbero soddisfatte se un manicomio per poveri avesse in un edificio centrale quanto occorre ad alienati degni di cura, di assistenza, e di sorveglianza, purchè si circondasse di un vasto podere per raccogliere gli alienati tranquilli lavoratori, dalle cui braccia valide potesse prodursi tanto lavoro che bastasse a coprire una parte delle spese che le amministrazioni pubbliche sostengono per essi.

Nel mentre fra i cronici tranquilli una parte può essere utilizzata nei lavori e può perciò costituire una parte integrante del manicomio, havvi una categoria di dementi inoperosi, malpropri, relativamente innocui, per i quali le saggie idee riformatrici di tecnica vorrebbero, sia per ovviare agli inconvenienti di un eccessivo affollamento, sia per ridurre al minimum le loro



spese di mantenimento, istituiti speciali asili di semplice custodia. Tale classe di malati è reclutata fra le demenze terminali, precoci, tra i paralitici, epilettici, frenastenici, senili, marasmatici, fra quelli insomma che per il loro stato di decadimento mentale hanno più che altro bisogno d'assistenza, e non possono trarre alcun giovamento per sè dall'ambiente specialmente ordinato del manicomio, nè questo può da loro ricavare alcun utile reale.

Come realmente si potrà provvedere per essi, se riteniamo ancora come un pio desiderio e di difficilissima attuazione, poichè non potrà essere realizzato se non quando si saranno radicalmente modificate le condizioni della pubblica beneficenza e questa sarà meglio indirizzata, quello dell'istituzione di speciali ricoveri per talune specie di malati che appartengono a tale categoria? Qui i suggerimenti sono molteplici. Coll'istituzione di asili interprovinciali o consorziali, come si augurava il Venturi? Coll'istituzione di speciali asili, aventi organizzazione propria, alle dipendenze di ogni singola provincia? Coll'erigere speciali comparti nelle vicinanze del manicomio propriamente detto, come sarebbe nel concetto dell'asilo-colonia, o annessi al medesimo, sotto la medesima amministrazione generale? Col distribuirli in ricoveri od ospizi di cronici esistenti, mediante convenzioni con opere pie od altro?

Nella soluzione del problema crediamo almeno per ora che si debba ritenere come una pura aspirazione l'istituzione di quegli asili interprovinciali o consorziali, cui accennò il Venturi, quantunque l'idea sia di per sè seducente; nè è qui il luogo di discutere la questione e le difficoltà amministrative, finanziarie alla soluzione della medesima collegate.

Quanto al resto ci sembra utile premettere queste considerazioni. Innanzi tutto riteniamo che si debbano con un certo rigore distinguere quelli che realmente per le loro condizioni psichiche debbono essere a carico provinciale e che diremo relativamente innocui, da quelli il cui mantenimento secondo le funzioni specifiche del manicomio a tale ente non spetterebbe. Dalla statistica ministeriale del 1898 risulta che su 4852 cronici insana-  
bili, tranquilli, innocui o che abbiamo ragione di ritenere tali per la proporzione in cui sono rispetto al resto della popolazio-

ne, 2398 potrebbero essere accolti in ospedali di cronici, presso ricoveri o famiglie: laonde anche volendo essere rigorosi nella selezione, troviamo giustificata la nostra considerazione che una buona parte per questa loro speciale destinazione dovrebbe sfuggire al carico provinciale. In 2.<sup>o</sup> luogo è indubbio, che questi asili per dementi tranquilli e relativamente innocui, dovranno rispondere a speciali esigenze, appunto perchè il criterio della innocuità è difficile in essi a stabilirsi e perchè anche fra loro possono sorgere stati d'impulsività, transitori stati d'agitazione che richiedano l'opportunità di speciali cure e mezzi di vigilanza (Angiolella).

Ora dato che si debbano osservare questi criteri, l'istituzione di un asilo speciale, *autonomo* è resa necessaria quando la popolazione essendo soverchiamente numerosa, si debba provvedere ad uno sfollamento, e non vi sia la possibilità di collocare l'ospizio nei pressi o alle dipendenze del manicomio centrale: lo sdoppiamento del servizio verrà compensato dal rilevante numero dei ricoverati. Al di fuori di questa condizione ci pare consigliabile per ragioni tecniche ed economiche che l'asilo, quando il numero dei dementi sia tale da richiederne l'istituzione, sia *annesso* al manicomio, o che a tali dementi si debba provvedere con l'erezione di speciali comparti annessi alla colonia o al manicomio, quando la popolazione totale dei malati non sia molto elevata. Si ha così il vantaggio di realizzare l'unificazione del servizio, di rendere più facile una vera selezione in mezzo a tali individui, di provvedere adeguatamente ai possibili mutamenti che possano accadere nelle loro condizioni psichiche, nel mentre riesce sempre possibile un loro più modesto trattamento. Anche solo economicamente riguardando la cosa, per quanto modestamente si possa provvedere per questi cronici distaccati in uno speciale asilo, non si potranno mai dimenticare quei principî d'umanità che devono informare qualunque benefica istituzione, che non permettendo un trattamento insufficiente dal lato igienico, dietetico e dell'assistenza, ben difficilmente tratterranno la diaria nel limite minimo di almeno una lira: non sarà perciò più facile che questa si mantenga in tali termini ove c'è unificazione di servizi amministrativo e medico? Osservava giustamente il D'Aundo al Congresso di Napoli, che l'esperienza dimostra che una

lira è poco per questi cronici, e si domandava appunto per ciò se non fosse più indicato che sorgessero adatte sezioni da annettersi ai manicomi ove la diaria potesse rendersi minore.

L'affidare poi detti malati ad ospizi di cronici o a ricoveri di mendicità mediante speciali convenzioni con opere pie o altri enti morali non ci sembra conveniente, sia perchè questi ricoveri dovrebbero avere riparti adatti allo scopo, sia perchè ancora più difficile sarebbe ottenere una retta che risolvesse la questione economica, in quanto che tali asili sarebbero costretti ad un servizio che ne modificherebbe la abituale fisionomia e le abituali esigenze; senza contare che sottratti alla osservazione di chi ha un diretto interesse a curarla severamente ivi facilmente finirebbero a rimanere degli individui che per avventura potrebbero esser venuti in condizioni d'essere affidati alle cure dei propri comuni. In ogni caso un tale provvedimento implicherebbe sempre che detti malati permanessero per un certo tempo e non breve nel manicomio, onde assicurarsi delle loro tendenze e se realmente abbiano i requisiti per rimanere a carico dell'amministrazione provinciale.

•••  
Rispetto alla designazione dei compartimenti e alle categorie diverse in cui soglionsi dividere i malati nel manicomio, osserviamo come alcuni nuovi concetti tendono a modificare i criteri per così dire classici seguiti fino ad ora. Il Collin nel suo servizio non esita a mescolare insieme agitati e tranquilli, preferendo riunirli a seconda dei loro gusti, delle loro amicizie ecc.: è un'esagerazione questa della cura individuale che i fautori dell'open-door spingono fino all'estremo. Il Paetz ritiene presentare pei malati degli svantaggi, nessuna utilità per l'amministrazione le solite divisioni dei malati in agitati, semiagitati, tranquilli, suicidi ecc.; e ciò giustamente, quando con tali distinzioni s'intendesse che ogni malato dovesse senz'altro passare nell'una o nell'altra di dette categorie senza riguardo alla sua curabilità, alle sue particolari tendenze, con grave pericolo di perderne di vista la cura individuale, e non si dovesse ritenere che uno speciale comparto provvedesse ai malati acuti. Egli adotta la razionale divisione in malati da osservarsi, da tenersi rinchiusi ed atti alla vita della colonia; ma in fondo insieme al criterio della cu-

rabilità sta, a base di divisione, anche per il Paetz quello della agitazione, della tranquillità relativa ed assoluta.

L'Angiolella in un suo recente lavoro ammette come più razionale e scientifica la separazione dei malati a seconda della natura fondamentale della psicopatia: cosicchè una prima categoria dovrebbe comprendere tutti quelli che permanentemente od episodicamente hanno bisogno di cura strettamente medica, una 2.<sup>a</sup> epilettici, delinquenti, paranoici, le forme degenerative per eccellenza, ad eccezione degli idioti ed imbecilli che per le loro speciali tendenze, le loro suggestibilità, la possibile educabilità di almeno una parte dovrebbero riunirsi in una 3.<sup>a</sup> categoria, una 4.<sup>a</sup> dementi e marasmatici che hanno più che altro bisogno di ricovero ed assistenza. In tal guisa, secondo l'A., in luogo di ricorrere alla creazione di speciali asili per delinquenti, frenastenici ecc. si concilierebbe l'utile economico alla sollecitudine del servizio, e si potrebbe così ottemperare alle più fondamentali esigenze del nuovo indirizzo in fatto di tecnica manicomiale.

Nel mentre siamo d'accordo col concetto dell'A. perciò che riguarda il comparto di cura, quantunque dubitiamo che certi stati episodici di agitazione dei degenerati-epilettici, frenastenici, periodici per la violenza dell'esplosione, per il perversimento del carattere del senso morale e la pericolosità cui possono accompagnarsi trovino qui un luogo opportuno insieme ai malati di forme acute guaribili, e riteniamo in ogni caso indispensabile una divisione fra tranquilli ed inquieti, non dividiamo completamente la sua opinione nell'aggruppamento delle altre categorie cui corrisponderebbero altrettanti comparti. Riteniamo anzitutto che i delinquenti non debbano essere custoditi nel manicomio comune, come appunto da Esquirol ai giorni nostri si è sempre sostenuto. Essi sono elementi di disordine, sono male tollerati dagli altri malati, che vedono in essi dei comuni malfattori, danno al ricovero manicomiale quel carattere punitivo che appunto inasprisce i malati che con loro convivono, tanto più che si lagnano spesso dell'ingiustizia di tale provvedimento. Egli è vero che una circolare ministeriale del Luglio 98 ribadisce che sieno a carico delle Provincie i folli criminali prosciolti, ma è altrettanto vero che quelli in cui permangono le tendenze violente e criminose non possono essere tratti nei manicomi ordinari, ma devono

essere ricoverati in quelli giudiziari, come provvedimento di sicurezza pubblica, non potendo il Direttore assumersi la responsabilità di possibili evasioni o di possibili danni nell'interno, dati i speciali criteri che devono informare l'organizzazione ed il funzionamento di un comune manicomio. Perciò, per chiarir meglio il nostro pensiero, tutti quelli in cui la delinquenza è strettamente legata ad una condizione degenerativa della organizzazione mentale, epilettici, paranoici, frenastenici, pazzi morali, in cui è immanente la condizione mentale che può spingerli ancora alla delinquenza, che perciò può spiegarsi da un momento all'altro dietro un imprevisto motivo, debbono essere affidati ai manicomi giudiziari. E noi facciamo voti che la riforma dei manicomi giudiziari possa presto togliere questo grave inconveniente che si avvera nei nostri Istituti. Al di fuori di quei delinquenti che vengano inviati in esame dall'autorità, solo quelli in cui il crimine fu il risultato d'una condizione morbosa sovraggiunta, come individui più che tutto degni di cura dovrebbero trovar posto nel manicomio, e nel comparto meglio destinato alla cura e alla vigilanza continua.

Per quanto però l'epilettico, il paranoico attraverso l'anello della delinquenza possano scientificamente avere fra loro dei comuni rapporti, praticamente anche per questa ragione è dubbia la convenienza di riunirli a vita comune. D'altra parte, almeno per quanto si osserva da noi, e certo dei caratteri regionali occorre tenere il debito conto, è opportuno qui fare delle distinzioni fra gli individui; il paranoico spesso è tranquillo, ordinato e dobbiamo cercare di rendergli meno triste la relegazione al manicomio, nel mentre la percepisce più di qualunque altro come misura ingiusta, illegale; non solo, ma riesce non di rado un eccellente elemento di lavoro, e in ragione dell'utile che possiamo ricavarne occorre procurargli il maggior benessere possibile. L'epilettico del manicomio invece è spesso l'elemento più pericoloso, violento, indisciplinato, spesso è un imbecille o un idiota.

Quanto poi agli idioti ed imbecilli ci pare già di per sè difficile in pratica che possano nettamente differenziarsi in una sezione a sè, perchè molti sono epilettici, molti sono pericolosi per le loro impulsività, e hanno tendenze criminali, per cui richiedono una sorveglianza speciale, mentre un tal comparto avrebbe più

che altro funzione d'assistenza e ricovero. Secondo noi poi occorre fare una selezione rigorosa di quelli che realmente hanno bisogno d'essere accolti e custoditi in manicomio. Dall'esame di tali malati che ci vengono inviati con soverchia facilità vediamo che è fra di essi una buona parte cui converrebbe meglio un semplice ricovero, quali individui da considerarsi precipuamente come inabili al lavoro e perciò non di carico provinciale: ed è spesso per le tristi condizioni delle famiglie, che costrette a lavorare debbono abbandonare a loro stessi tali individui, che questi vengono inviati al manicomio, affinché in altra guisa non gravino sugli scarsi bilanci comunali.

Riteniamo poi giustissimo quanto osservava il Venturi al Congresso di Napoli, essere difficile determinare una linea netta di demarcazione tra frenastenici da manicomio e da asilo-scuola, e il prevedere, come asserisce l'Angiolella, fino a quale punto può spingersi il loro grado di educabilità; ma appunto anche perciò ci domandiamo se non sia da farsi una severa selezione di quelli che devono essere ricoverati in manicomio dal punto di vista essenziale del pericolo che presentano, non concedendo al medesimo la funzione di asilo-scuola, che non farebbe che addensare una popolazione sempre assai dubbiosa sul suo portato sociale, ma quella soltanto di una umana, ben indirizzata e necessaria custodia.

Nè alcuna essenziale controindicazione troviamo che essi debbano convivere coi cronici innocui, o diremo meglio relativamente tali, che costituiscono la triste zavorra manicomiale. Anzi il Parchappe scriveva giustamente a questo proposito essere appunto questo stato di degradazione intellettuale e morale quello che assimila quest'ordine di malati fino ad identificarlo agli occhi della maggior parte degli osservatori, per cui non esservi alcun serio motivo di separarli tra loro.

In ultimo poi una divisione per quanto più possibile netta fra agitati e tranquilli ci sembra praticamente e scientificamente indispensabile. Nè la possiamo ottenere creando in ogni riparto, come sarebbe necessario adottando la suddetta divisione dei malati in base alla natura fondamentale della psicopatìa, un numero sufficiente di camere separate per i clamorosi, pericolosi o altro, poichè questo segnerebbe un regresso nella tecnica manicomiale che tende ad abolire la segregazione cellulare, così dannosa dal

lato terapeutico, morale ed igienico: nè d'altra parte non possiamo pensare a non ricorrere a questa separazione, quando vediamo il perturbamento che arreca un clamoroso, un agitato, un violento in mezzo ai tranquilli; e malati di tal genere non sono sventuratamente pochi, nè solo acutamente o episodicamente tali, poichè numerosi sono gli stati di agitazione cronica, le esplosioni d'impulsività, le tendenze pericolose, il disordine negli atti specie negli stati demenziali.

Egli è certo, negli sforzi che fa l'alienista ogni giorno onde dare alle funzioni manicomiali quell'assetto che meglio risponda alle esigenze della pratica psichiatrica, ognuno porta il contributo della sua esperienza, la quale può dettare norme diverse da paese a paese, da regione e regione, ed è in ultima analisi dai molteplici contributi che possono derivare le idee sintetiche, pratiche, e più convenientemente attuabili.

Eseguire una divisione dei malati seguendo un unico punto di vista; scrive il Parchappe, è assolutamente impossibile: nè il criterio della curabilità, della forma, delle abitudini, delle tendenze di per sè possono trovare una pratica realizzazione, e si comprende che quando lo si volesse fare, ciò esporrebbe necessariamente a sacrificare delle differenze di prima importanza, egualmente come se si volesse tener conto di tutto, ciò esporrebbe a moltiplicare fuor di misura il numero delle sezioni.

Così si comprende come bisogna essere guidati da un certo spirito di eclettismo, e come, appoggiandosi alle considerazioni di tutte le differenze presentate dai malati dai vari punti di vista, si debba specializzare la suddivisione in vista dello scopo essenziale da raggiungersi, vale a dire la realizzazione di tutti i vantaggi che nell'interesse della guarigione e del benessere dei malati possono risultare sia dalla loro riunione negli stessi quartieri, sia dalla loro separazione in comparti distinti. Così le concezioni teoriche devono essere sempre subordinate alla pratica utilità. E in base a ciò ritornano ancora, variamente modificate, e con concetti più o meno larghi, le divisioni di Esquirol, Pinel Parchappe e via dicendo.

Il criterio speciale della curabilità ci dimostra la necessità di un comparto di cura, come lo stato d'agitazione e di tranquillità ne obbliga a una suddivisione del medesimo in questo senso:

del pari che quello dell'agitazione, della pericolosità e di conseguenza della speciale custodia dimostra la necessità di speciali comparti per agitati cronici pericolosi, o per clamorosi, disordinati, necessità che è suggerita dalle differenze nel modo di trattamento, di sorveglianza, e nelle particolarità conseguenti della struttura edilizia. Lo stato di profondo decadimento dell'intelligenza, le abitudini malproprie, l'innocuità relativa, l'inabilità al lavoro raggruppano insieme una grande categoria di dementi, frenastenici ed epilettici, la cui sezione per struttura deve obbedire alle varie esigenze della pulizia, dell'igiene, dello stato fisico dei malati che ospita. La possibilità di creare per i tranquilli, per i convalescenti un ambiente che sia fonte di pace e di ristoro, e che li tenga lontani dal triste spettacolo che gli altri elementi del manicomio possono offrire, rende indispensabile la loro separazione in appositi comparti: mentre quella parte che richiede minori garanzie di custodia e di sorveglianza, e che è capace di un lavoro utile riteniamo debba essere esclusa dall'ambito manicomiale per godere delle risorse di una maggiore libertà e di un conforto maggiore nell'annessa colonia agricola. Così il manicomio dovrà contenere vari comparti, di cura e di vigilanza continua, d'agitati, di tranquilli, di dementi bisognevoli più che altro d'assistenza, salvo che speciali asili non provvedano ad essi, e una sezione staccata nell'aperta campagna.

Lo studio dell'alienazione mentale in una data provincia, della qualità dell'elemento da ricoverarsi, delle differenze che si rinvengono nei due sessi, ci sembrano importanti nel decidere il numero e l'ampiezza dei comparti. Da una parte ne verrà così spesso di scindere gli agitati pericolosi, dai clamorosi, disordinati ma relativamente innocui, onde impedire un nocivo addensamento, e perchè ne è diverso il modo di trattamento e di sorveglianza, e di concedere ai comparti loro destinati maggiore ampiezza nella sezione femminile; dall'altra di creare una speciale infermeria, o di raccogliere i malati in cui la malattia fisica rappresenta la preoccupazione più urgente nel padiglione di cura e di curare gli altri nei relativi comparti (Parchappe). Anzi a quest'ultimo proposito crediamo che un'infermeria possa esistere autonoma nei manicomi molto popolati, ma che negli altri, con una popolazione media fino a 500 malati, possa riescire quasi superflua, nel



mentre poi la sua istituzione richiede un servizio speciale che si risolve in un aumento di spesa. La maggiore mortalità è sempre fra gli acuti, fra quelli perciò che debbono essere accolti nello speciale comparto ad essi destinato, e questi sono anche quelli che hanno maggior bisogno dell'ambiente ospitaliero, sia perchè le condizioni fisiche lo richieggono, sia perchè spesso può tornar opportuno il riposo a letto: dove poi la pellagra e l'alcoolismo portano un contingente notevole all'alienazione mentale una tale necessità si presenta anche assai più facilmente. La mortalità fra i cronici è sempre lieve, e non ultima ragione è l'indirizzo igienico dei moderni istituti che fa diminuire le cause d'infermità, e d'altra parte, se non è stretto il bisogno di un'attenta vigilanza medica, questi ponno essere curati nei rispettivi comparti. Noi manteniamo un tale sistema, e ne rileviamo la facilità e i vantaggi dal lato dell'assistenza, e l'economia derivante nel servizio.

..

La terapeutica psichiatrica reclama odiernamente l'abolizione di ogni mezzo di contenzione, la limitazione maggiore possibile o la abolizione dell'isolamento cellulare, il trattamento a letto eretto a sistema. Ci sembra utile qualche pratica considerazione su questi argomenti.

Riassumere quanto si scrisse pro e contro il *no restraint* assoluto è perfettamente superfluo: da una parte si dice essere questo metodo reclamato dai principi di umanità, rendere più numerose e stabili le guarigioni, condurre più facilmente la calma nel malato, nel mentre i mezzi di coercizione non fanno che irritarlo e possibilmente determinare degli stati di cronica agitazione; e riteniamo infatti di non errare nell'ascrivere almeno in parte il grande numero di forme agitate croniche che si raccoglievano una volta nelle vecchie sezioni manicomiali alla ristrettezza dello spazio, all'insufficienza della sorveglianza che rendeva necessaria e quasi metodica l'applicazione dei mezzi coercitivi: dall'altra si obietta essere un eccesso di filantropia che porta con sè maggiori esigenze di servizio e dispendio maggiore, considerare come un atto inumano l'applicazione di una camiciola, quando sia strettamente necessario premunirsi contro le reazioni violente di un malato, che altrimenti dovrebbe essere a forza trattenuto dagli infermieri, essere guardato a letto, o segregato in una stanza

d'isolamento; al che però già il Griesinger opponeva non trattarsi nell'abolizione completa di qualunque mezzo di contenzione di sostituire o la repressione manuale o la reclusione in una stanza, ma di sostituire una cura individuale appropriata, un trattamento di dolcezza, che già spesso giunge a frenare le manifestazioni violente, un isolamento temporaneo, un'attiva sorveglianza del medico e l'opera assidua di numerosi, intelligenti ed attivi infermieri.

Se però il *no-restraint* assoluto è possibile altrove, per l'indole speciale dei malati e il carattere naturalmente rigido e riflessivo del personale di sorveglianza, crediamo non si possa assolutamente raggiungere da noi, anche non tenuto conto dello scarso personale d'assistenza di cui in genere disponiamo. L'Angiolella recentemente faceva notare la differenza d'indole e di carattere nostro, che si riflette si esagera nelle malattie, per ritenere un tale metodo, applicabile in modo non completo: e del resto lo stesso Conolly, che con Gardiner inaugurava tale metodo in Inghilterra, ammetteva che in certi casi, rari bensì, occorre ricorrere ai mezzi coercitivi, quantunque per il minor tempo possibile. Purtroppo da noi sono relativamente molto più frequenti questi stati di agitazione violenta, che esporrebbero ad un'inutile lotta, non garantirebbero la sicurezza degli altri malati e del personale d'assistenza, e renderebbero necessari in omaggio al *n. restraint* assoluto una contenzione manuale o una prolungata costrizione più o meno violenta in un bagno, o spesso l'isolamento in una cella, spoglia di tutto, provvista d'un semplice pagliericcio, per ovviare alle tendenze distruttive, laceratrici, impulsive che a tali stati si accompagnano. Ora in questi casi quale differenza sostanziale che ricorrere ad un mezzo meccanico di contenzione? Forse che l'isolamento cellulare nel modo anzi descritto, pur temporaneo, e anche la temporaneità è da intendersi in modo relativo alla indicazione individuale, ci sorride di più dal lato igienico, della proprietà e della tenuta del malato? Noi abbiamo certi periodici, certe forme degenerative così gravi in cui un simile trattamento ripetutamente tentato, nel mentre non ci diede alcun risultato terapeutico, ci offerse degli spettacoli così poco seducenti, da ritenere più igienica e meno disgustosa la temporanea applicazione di una camiciola.

Occorre inoltre distinguere i casi acuti dai cronici; e se per i primi è d'uopo porre in opera ogni mezzo per limitare i mezzi coercitivi allo strettissimo necessario, per i secondi che sono spesso fra i più gravi dal lato dell'impulsività, delle tendenze laceratrici e distruggitrici, che minacciano la sicurezza dei malati, l'economia dello stabilimento, occorrerà anche pensare se i problematici vantaggi del n. restraint possano nei casi singoli compensare la possibilità e la minaccia di pericoli e di danni. Epperò riteniamo che il n. restraint si debba intendere nel senso della maggior soppressione che sia possibile dei mezzi di contenzione: questa deve avere un carattere di necessità e di temporaneità, e la sua applicazione non deve essere fatta che dietro ordine del medico: ciò che insegnava già l'Esquirol.

In tale guisa il sistema oltre che obbedire alle esigenze terapeutiche ed umanitarie, riesce efficace scuola di moralizzazione e di educazione per gl'infermieri; incontrastabili vantaggi che esso arreca, poichè li abitua all'osservazione, alla vigilanza attenta dei malati, a considerarli coi principi di una ben intesa umanità, ciò che si rivolge poi a tutto profitto del sistema medesimo.

La questione dell'*isolamento* nelle camere separate è pure all'ordine del giorno nelle moderne vedute di terapeutica psichiatrica, in quanto si connette a quella generale del n. restraint, formando l'isolamento uno degli elementi di coercizione presa in senso generale, e a quella del trattamento a letto.

Oggi si tende a limitare il più possibile e ad abolire la cella sia per i malati acuti, come per gli agitati in genere, sostituendovi gli ampi dormitori, e riservando l'isolamento ad un provvedimento transitorio. Ed invero la camera d'isolamento oltre che sottrarre il malato alla vigilanza ed all'osservazione costituisce un mezzo di contenzione così poco simpatico, dà un'impressione così poco gradevole di reclusione, che quand'è possibile non deve servire d'abitazione diurna. Gli stessi fautori però del n. restraint assoluto non sanno rinunciare alla medesima, pur riservandole il carattere di un soggiorno temporaneo, e dal canto nostro reputiamo che come da noi è necessario ricorrere a qualche mezzo di coercizione, altrettanto per le stesse ragioni sia necessaria la camera d'isolamento, quando le tendenze impulsive,

i clamori riescano di pericolo o fonte d'agitazione e di tristi impressioni per gli altri: isolamento temporaneo sì, per quel tratto che le manifestazioni psichiche lo richieggano, non elevato a sistema.

In un recente articolo lo Snell ammette l'isolamento cellulare, purchè non debba durar troppo, e lo crede più conveniente per malati acuti che per cronici, e in una sua pianta di comparti d'accettazione, agli agitati assegna un certo numero di camere isolate.

A dir vero però, prescindendo per ora dal concetto della clinoterapia che per sè apporta una modificazione alla edilizia dei comparti, non ci sembra che il principio della restrizione dell'isolamento debba da solo guidare nel determinare il numero delle camere a un letto che debbono esservi in un comparto, e più specialmente in un comparto di agitati e pericolosi. Altro è la cella come abitazione diurna, altro come abitazione di notte: in questo 2° caso secondo il Brunet, riesce assolutamente indispensabile. Il Marandon stesso che la condanna come luogo di soggiorno anche temporaneo nel dì, asserisce che presta dei servizi preziosi per la notte, così da volerne per la metà della popolazione del quartiere. Ed è un concetto essenzialmente pratico: nel mentre è scevra così dal carattere di una detenzione, permette di separare malati che disturberebbero il sonno degli altri, malati che pericolosi per gli altri richiederebbero un'attiva sorveglianza, e forzerebbero nella notte per non moltiplicare il servizio d'inservienti ad una prudente quanto dannosa applicazione di mezzi coercitivi.

Ma per ritornare alla stanza separata come abitazione diurna come mezzo vero d'isolamento, al contrario di quanto ritiene lo Snell, ci sembra più consigliabile per casi cronici (agitati, pericolosi, impulsivi) che per acuti, verificandosi nei primi per la natura del disturbo mentale minori vantaggi da un trattamento diverso, che richiede maggior oculatezza, vigilanza, e impegni maggiori di qualsiasi natura, nel mentre in pari tempo le loro tendenze rendono più difficile, almeno a tratti, il loro convivere cogli altri.

Negli agitati acuti l'isolamento deve essere di parca e ben indirizzata applicazione: veramente non conosciamo fino a qual punto esso in questi stati possa di per sè nuocere, quale influ-

enza possa esercitare su cervelli, in cui il perturbamento è prodotto da cause così forti ed attive contro le quali siamo così scarsi di risorse terapeutiche, ma è certo che tende a sottrarre il malato alla sorveglianza ed all'assistenza, nel mentre questi non deve essere abbandonato a se stesso ed ha bisogno di continua cura.

Il metodo del *trattamento a letto* è per gli agitati intimamente collegato a quello dell'abolizione dell'isolamento cellulare. Teniamo tutti gli agitati a letto, in dormitori comuni, scrive lo Scholz, e noi avremo soppresso facilmente la necessità delle celle: l'influenza suggestiva dell'ambiente che ricorda quello di un comune ospedale, la attenta vigilanza, il riposo fisico più facile ad ottenersi influiscono beneficamente sullo stato d'eccitamento, accelerano la convalescenza, rendono una somma notevole di servizi, insieme a quello di facilitare l'applicazione più assoluta del n. restraint (Scholz, Korsakoff, Marandon, Serieux, Bechterew, Neisser ecc.). Il sistema praticato per lo più in cliniche o in piccoli manicomi può aver dimostrato tutta la possibilità della sua applicazione, ma tutt'altro è a considerare la varietà della popolazione dei nostri manicomi e la natura degli stati d'agitazione che vi osserviamo. Realmente gli Autori parlano a preferenza di stati acuti di eccitazione, e il riposo a letto è certo in tali forme una delle prime norme da seguirsi. Ma a seconda delle individuali esigenze, del modo con cui i malati percepiscono l'ambiente, del maggior o minor disturbo che arrecano agli altri e del pericolo che presentano e via dicendo potrà consigliarsi l'isolamento o il trattamento in comune; l'osservazione attenta del medico, le considerazioni dello stato fisico, l'aiuto di qualche sedativo potranno decidere del tempo dell'isolamento. Se poi vogliamo riferirci a degli agitati cronici, fra cui reclutansi gli eccessivamente clamorosi, quelli che più ostilmente interpretano l'ambiente o ne traggono argomento per sovraeccitarsi, a maggiori tendenze impulsive, egli è a maggior ragione a domandarsi se il trattamento a letto in comune riesca realmente di maggior vantaggio che un opportuno isolamento, o quando le condizioni lo permettono, un soggiorno in piedi in ampi cortili. Realmente si afferma che il trattamento a letto dell'agitato fino dallo inizio della malattia, quand'anche non avesse azione sulla durata della medesima, e su questo punto i risultati dell'esperienza sono in-

certi, lo avrebbe però sull'intensità dei sintomi, in guisa da rendere progressivamente minore il numero degli agitati cronici dell'istituto: e ciò è giusto, in quanto la clinoterapia non può considerarsi indipendentemente da un'applicazione accuratissima della cura individuale, da una vigilanza scrupolosa dei malati, dalla limitazione maggiore della contenzione, dell'isolamento. Ma nello stesso tempo ci sembra opportuno riflettere che degli stati di cronica agitazione vanno perpetuandosi malgrado ciò: e il Tonoli, che nel nostro manicomio fece una larga esperienza sul valore della clinoterapia, e che fu uno dei primi in Italia a scriverne, osservava come certe manifestazioni dell'eccitamento cronico, certe abitudini che potevansi ritenere come artificiali, cioè conseguenti al prolungato isolamento o alla forzata coercizione, si ripetevano egualmente in quegli individui acuti che trattati col nuovo sistema erano passati a cronicità. Per cui egli si mostrava convinto che con un po' di buona volontà e una vigile cura si può fare dell'isolamento un mezzo di guarigione pel malato, di difesa per gli altri e sempre di lieve o nessun danno per quei pochi che vi debbono sottostare.

Ma osserviamo il concetto della *clinoterapia* da un punto di vista più generale e completo. Essa non deve essere riguardata soltanto come il più valido ausiliario per l'applicazione del n. restraint, nella sua efficacia morale, nell'effetto suggestivo dell'ambiente ospitaliero sui malati di mente, negli effetti vantaggiosi della vigilanza medica e del personale inferiore, ma deve rispondere a reali indicazioni terapeutiche, quelle del riposo fisico e soprattutto del riposo cerebrale. Scriveva appunto a questo proposito il Neisser, uno dei più convinti sostenitori della medesima, essere una tale pratica uno dei mezzi più semplici, più naturali della terapeutica, che non ha nulla in sè di specifico, ma che si deve applicare alle malattie mentali nella stessa guisa che la generalizziamo nelle malattie febbrili o in altre malattie fisiche, in quanto soddisfa all'indicazione del riposo dell'organo o degli organi malati. Epperò dovrebbe elevarsi alla dignità di metodo nelle più svariate forme di alienazione mentale. Al pari degli stati d'eccitamento, gli stati depressivi, le forme melanconiche, nevrasteniche, ipocondriache, gli stati di torpore, di confusione, le psicosi tossiche, gli accessi intercorrenti di malattie croniche,

le malattie organiche - demenza paralitica, malattie a focolaio - quando le condizioni fisiche lo richieggono, gli epilettici, i dementi, gli idioti, i pazzi morali i degenerati durante gli accessi transitori d'agitazione, dovrebbero, secondo i vari A. che si occuparono dell'argomento, trovare giovamento nella cura del letto: talchè secondo Roerich più di  $\frac{1}{3}$  della popolazione del manicomio dovrebbe essere così trattata, da  $\frac{1}{3}$  alla metà secondo Serieux e Farnarier, dai  $\frac{2}{3}$  ai  $\frac{3}{4}$  secondo Heilbrommer, circa i  $\frac{7}{10}$  secondo il Neisser.

Realmente la pratica del riposo a letto non è nè nuova nè speciale, poichè ogni medico la prescrive quando il caso lo richiede, per obbedire ad un'indicazione suggerita sia dalle condizioni mentali che da quelle fisiche. Ma ciò che v'ha di nuovo si è che il concetto della clinoterapia eretto a sistema, e perciò la tendenza alla sua generalizzazione, integra quello del n. restraints, si collega a speciali modificazioni di tecnica e di ambiente, che, proscrivendo l'isolamento, dovrebbero rendere il maggior beneficio possibile al malato di mente.

Una soverchia generalizzazione del sistema, come vorrebbero il Neisser e il Morel e come risulta dalle conclusioni da loro presentate al Congresso di Parigi dello scorso anno, tenuto specialmente conto dei nostri malati, non ci sembra che corrisponda ad una concezione pratica e a una reale indicazione terapeutica. Già Mairat e Ardin Dalteil osservavano a quel Congresso che se in certi casi acuti il trattamento a letto sembra diminuire la durata della malattia, specie nella mania intermittente e nelle psicosi post-infettive, pur restando senza effetti sulla mortalità, nei malati cronici esso non avrebbe alcun effetto nè sul delirio nè sull'agitazione o sulla depressione: così pure concludeva il Tonoli; se tali cronici poi sono impulsivi, laceratori, ne potrebbero derivare dei seri inconvenienti da parte della sicurezza e dell'economia dell'istituto, se suicidi, affetti da forme organiche, verrebbe favorito l'accrescimento delle abitudini viziose, malproprie, dei decubiti, delle ipostasi e via dicendo, moltiplicando un consumo di biancheria, di suppellettili ecc. che si deve evitare.

A dir vero, la indicazione più valida la clinoterapia la trova per generale consenso nelle psicosi acute, e in generale in tutti i nuovi ammessi: ed è a questi infatti che devonsi rivolgere tutte

le nostre risorse terapeutiche. Korsakoff ritiene **doversi tale regime** applicare a quasi tutte le psicosi acute specie nel periodo iniziale, giovarsene specialmente gli stati di eccitamento, nel mentre la mortalità di qualche psicosi acuta riesce **notevolmente** diminuita: Morel, Magnan, Timoeff vengono **alle stesse conclusioni**: da noi il Bernardini ne constatò dei **vantaggi**, il Tonoli del pari, escludendone però le forme a **carattere degenerativo**. Circa a certi stati di eccitazione grave valgano già le eccezioni da noi sollevate, per le quali il riposo a letto, nel senso in cui modernamente intendosi, dovrà almeno **interpolatamente** alternarsi coll'isolamento, e le considerazioni circa la **problematica** influenza nociva di quest'ultimo, quando **sorveglianza e cura non** vengano a mancare.

Ma anche in altre forme acute depressive, torpide, d'arresto, di confusione è a domandarsi se è sempre opportuna la **sistematica** applicazione di questo sistema. Il Doutrebente **afferma** che occorre fare una scelta nelle forme melanconiche, e noi riteniamo che certi stati d'arresto o di intoppo **psichico, di torpore**, certi stati ossessivi possano meglio giovare di un **soggiorno all'aria libera**, di distrazioni, di impressioni gradevoli del mondo esterno, di una cura che solleciti e stimoli il **ricambio organico**, piuttosto che di un prolungato soggiorno a letto. Ricordiamo a tale proposito qualche melanconica che ci pregava di **lasciarla alzare**, poichè il riposo favoriva la sua **concentrazione** e il **predominio** dei tristi pensieri: senza contare come **facilmente** nel riposo a letto prolungato possono presentarsi **anoressia, stipsi**, turbe generali della nutrizione che, dannose sempre, nelle forme a **colorito depressivo** o di rallentamento **psichico** potrebbero riescire assai **svantaggiose**. Ed infatti lo stesso Korsakoff strenuo sostenitore del metodo scriveva nelle sue conclusioni, che un tale regime prolungato è contro indicato nei malati **ad intelligenza torpida**, predisposti all'apatia, all'inerzia, all'anemia.

Pur tuttavia le scarse ricerche scientifiche **tenderebbero** a dimostrare l'efficacia terapeutica diretta del metodo **clinoterapico**. A noi però sembra che le modificazioni del **circolo, del respiro**, della temperatura, del peso del corpo osservati da Guy, Lacombe, Roerich, Veir-Mitchell ed altri negli stati più opposti di alienazione mentale siano criteri **troppo insufficienti** per stabilire



una tale efficacia. Troppo facilmente si sono adattate le interpretazioni più diverse ad un medesimo effetto fisiologico, così che è a domandarsi se realmente possa considerarsi come norma generale che uno stato di torpore, d'arresto, di depressione possano egualmente avvantaggiarsi da un rallentamento del metabolismo organico al pari di una forma d'eccitamento, e non convenga invece nei singoli casi di questi criteri tener il debito conto, perchè venga regolato il riposo a letto con giusta misura. Ciò che realmente merita di essere studiato per dare la sanzione scientifica a tale sistema, osservava giustamente il Korsakoff, è l'effetto del riposo a letto e della mancanza dell'esercizio muscolare sulla composizione del sangue, sull'espulsione dall'organismo delle tossine, sulle funzioni psichiche e soprattutto sulla intensità dell'appercezione attiva; studi che ancora sono da farsi.

Del resto gli stessi sostenitori accaniti vanno facendo molte restrizioni all'applicazione del metodo, restrizioni fondate sulla necessità delle considerazioni individuali, sulla durata del trattamento, tanto che il Korsakoff stesso finiva la sua relazione al Congresso a Parigi citato concludendo dover essere il medesimo applicato in guisa diversa, non a tutte, ma a quasi tutte le psicosi acute seguendo le indicazioni individuali e soprattutto al periodo iniziale della malattia.

Per cui concludendo, a noi pare di potere affermare da un punto di vista pratico che, nel mentre la clinoterapia ha sempre fatto parte della pratica psichiatrica, nel significato moderno dell'espressione essa debba adottarsi di regola, date le condizioni peculiari dei nostri malati, oltre che nei casi ove è richiesto dalle esigenze somatiche, nelle psicosi acute, fino a che dura l'acuzie della forma morbosa, seguendo sempre le indicazioni individuali e i criteri desunti dalla natura della forma medesima: non poter essa escludere l'isolamento e l'applicazione di qualche mezzo di contenzione; mentre d'altra parte una rigorosa e molto generalizzata sua applicazione induce un notevole dispendio di personale medico, di servizio, un consumo di materiale d'arredamento (materassi, biancheria, supellettili) che graverebbero sulle amministrazioni, cui il mantenimento dei folli assorbe tanta parte delle risorse economiche, senza un adeguato compenso di risultati terapeutici.

Confessiamo il vero di non comprendere come l'estesa adozione di questo sistema possa riescire anche economicamente conveniente, come afferma, quantunque in modo poco risoluto, il Neisser. Bisogna dire che i malati del Manicomio di Leubus ch'egli dirige siano molto diversi dai nostri, per ritenere che basti la proporzione consueta di infermieri, quando per agitati in n. restraint assoluto da noi ne occorrerebbero nella proporzione di uno su 3 - 4 malati; quando, dato un tale regime, gli infermieri si dovrebbero sottoporre ad un lavoro molto più faticoso, ed essendo per ogni comparto istituite delle sale apposite per la clinoterapia, com'egli designa, si dovrebbe provvedere alla custodia e alla sorveglianza di quelli ivi destinati e di quelli che soggiornano in piedi, quando in fine lo sciupio della roba, le spese di riscaldamento dovrebbero essere necessariamente maggiori.

Il regime a letto assegnato alle forme acute, a seconda delle individuali esigenze o a quei malati che all'ingresso hanno bisogno di una speciale osservazione, deve trovare la sua attuazione nel comparto di cura, dove una conveniente disposizione per tranquilli ed inquieti (a meno che per gli agitati acuti non vogliasi istituire analogo riparto nella sezione agitati) permetterà un trattamento razionale, e la presenza di camere d'isolamento soddisferà allo scopo d'allontanare più o meno temporaneamente quelli la cui convivenza con gli altri per le varie ragioni che più volte ebbimo occasione d'addurre, fosse controindicata. Se la vigilanza medica sarà scrupolosa, se ai mezzi coercitivi non si dovrà ricorrere che dietro ordine medico, talchè questi non debbano corrispondere che alla necessità del momento, se il personale d'assistenza sarà intelligente e famigliarizzato all'idea vera del malato di mente, i vantaggi terapeutici non saranno certo inferiori a quelli che si vantano coll'estesa e metodica applicazione del sistema e si concilieranno nello stesso tempo a quelli economici.

..

Un problema che oggidi seriamente interessa è oltre quello del conveniente collocamento dei pazzi, quello del progressivo ed allarmante aumento della popolazione manicomiale, aumento dovuto al fatale accrescersi delle cause provocatrici della pazzia, alla prevalenza delle forme croniche inguaribili, alla scarsa mortalità fra le medesime, alla facilità con cui vengono inviati al

Manicomio individui che dovrebbero essere inviati altrove, e alla difficoltà con cui l'Istituto può liberarsi di malati divenuti completamente innocui e per i quali è venuta meno la vera funzione del manicomio, senza poi enumerare le cause inerenti a viziate organizzazioni d'Istituti, dove la insufficienza di adatte risorse terapeutiche e d'ambiente riesce sfavorevole alla guarigione o la ritarda. A parte i provvedimenti profilattici contro la pazzia, i quali purtroppo in Italia sono quasi lettera morta, sia per le strettezze economiche in cui ci dibattiamo, che per la mancanza di un serio indirizzo educativo sociale, e i benefici che si ritraggono da una buona organizzazione di un Istituto e che per l'appunto si traducono nel maggior numero di dimissioni, una questione importantissima è quella che riguarda il soggiorno nel manicomio di malati che dovrebbero essere accolti in altri Istituti, sia che si tratti di dementi affatto innocui, o di individui in cui le turbe mentali sono lievi, mentre è grave la condizione fisica che le sostiene.

Già dall'inchiesta del Prof. Tamburini, da quella Ministeriale, risulta come in addietro abbiamo accennato, che un numero notevole di malati sono realmente dei dementi innocui e tranquilli, bisognevoli di semplice assistenza, e come una metà circa dei medesimi dovrebbe essere accolta in asili di ricovero o in ospedali di cronici: talchè è purtroppo giusta l'espressione di Brouillard, essere i manicomi divenuti il *tout à l'égout* degli altri stabilimenti.

La legge (art. 217) che pone da noi a carico delle Provincie il mantenimento dei folli, ha avuto in animo oltre che di provvedere alla cura degli alienati, di soddisfare all'obbligo della sicurezza pubblica e della difesa sociale, e però essa intende per mentecatti quelli che siano pericolosi a sè, agli altri o di grave scandalo ai buoni costumi ed alla pubblica morale (Circ. 25 Agosto 60. Consiglio di Stato Ottobre 1889. IV sez. 12 Maggio 1899). Sembrerebbe con ciò che dovesse essere ben determinata la funzione del Manicomio, ma non lo è nel senso della difficoltà di stabilire il criterio della pericolosità di un alienato di mente. La proposta di legge Nicotera e le successive modificazioni, quando saranno tradotte in effetto, riesciranno un po' più precise su questo concetto, dichiarando che sia obbligatorio il ricovero

per tutti quelli non convenientemente curabili e custodibili fuorchè nel manicomio, talchè idioti, cretini, pellagrosi, epilettici, alcoolizzati ecc. se nelle suddette condizioni dovranno essere curati nell' istituto, altrimenti quando abbisognano solo di custodia e di ricovero, dovranno essere collocati in altri stabilimenti a sensi della Legge di P. S. e delle Opere Pie che riguarda il mantenimento degli inabili al lavoro. Una tale determinazione della legge ci sembra giustissima e venne invocata che presto si attui nella legge sui manicomi anche nel recente Congresso delle rappresentanze provinciali in Torino, impressionate dal crescente dispendio e dal numero dei malati che i manicomi son costretti ad ospitare.

Ognuno di noi infatti può constatare con quale facilità vengano inviati al manicomio sia per ragioni economiche, sia per mancanza di luoghi adatti di ricovero, pellagrosi, alcoolisti, epilettici, frenastenici, paralitici, dementi senili, apoplettici, bambini di pochi anni, la cui ammissione è autorizzata da un certificato in cui è scolpita la formola sacramentale, e che realmente non hanno bisogno che di una cura ospitaliera, o di quella semplice assistenza e sorveglianza che si può esercitare in un asilo di cronici, talchè non possono riguardarsi in ultima analisi che o come malati comuni, o come individui incapaci di provvedere da sè alla propria esistenza. Il Funaioli recentemente deplorava la facilità colla quale oggi per questione d' interesse, poichè negli Spedali comuni spetta a loro la spesa, si mandano dai Comuni al Manicomio malati che negli ospedali ordinari troverebbero miglior asilo — isterici, epilettici a semplici turbe convulsive, vecchi apoplettici, dementi senili; e specialmente la facilità con cui tanti poveri vecchi vengono condotti nei nostri istituti, quasi questi fossero divenuti degli asili per vecchi impotenti: e il Garnier in Francia non ha guari protestava contro l'invasione di dementi senili nei manicomi, e la tendenza a trasformare questi in ospizi per le infermità cerebrali. Ed oltre l' inconveniente dell' affollamento, altri ne possono sorgere dalla facilità nelle ammissioni che stiamo deplorando, d'ordine morale, e talora non scevri di dannose conseguenze per l'individuo quando questi ritorni in società.

Un maggior rigore nell'accettazione, conseguito col rendere più severe e difficili le pratiche dell'ammissione, non ci pare che corrisponda perfettamente allo scopo di contenere il manicomio entro i limiti delle sue vere funzioni: esso può essere fonte di inconvenienti non lievi, quali ad esempio quello di ritardare, nel caso più favorevole, l'ammissione di malati realmente bisognosi di sollecita cura e custodia, di rendere più difficile da parte del Direttore il loro licenziamento, quando per avventura non vi riscontri gli estremi per il ricovero, o le dimissioni in prova; senza contare poi che il giudizio dell'ammissione è sempre dato in base ai rapporti dei famigliari e del medico curante, che in argomento è il giudice più autorevole. D'altra parte è noto che per molte malattie mentali acute, quanto più sollecito è il ricovero nel manicomio, altrettanto maggiori possono essere le probabilità di guarigione, cosichè Kraepelin, Marandon, Fischer e altri reclamano che le minori difficoltà debbano elevarsi contro tale provvedimento; anzi il Fischer, che sostiene la divisione dei malati acuti dai cronici in asili separati, ritiene che i primi debbano essere accolti così facilmente come in una sala d'ospedale, e che sia soltanto il ricovero definitivo provocato e legittimato dai dovuti decreti. In vero a noi sembra che se per un lato è necessario che il ricovero di un alienato di mente sia circondato dalle dovute garanzie, che corrispondono giuridicamente alla tutela della sua personalità, dall'altro più che le difficoltà nelle pratiche dell'ammissione sia il rigore nell'accettazione definitiva del malato quello che si presenta come rimedio più razionale per mantenere l'Istituto nei limiti delle sue vere funzioni. Il giudizio del medico curante può essere influenzato e determinato da mille circostanze, quello dei famigliari del pari, l'autorizzazione delle competenti Autorità è una logica conseguenza di tale giudizio, per cui resta che chi ha la competenza necessaria per stabilire se un malato abbia o meno i requisiti per il ricovero nel manicomio è il medico alienista che osserva e studia i suoi malati nello stabilimento. Il definire se un malato è veramente pericoloso, diceva il deputato Elia al Congresso di Torino sopracitato, spetta al Direttore del manicomio; non sarà un'affermazione della legge che risolverà la questione: la legge invocata però in quanto designa in linea generale quelli che nel manico-

mio devono essere custoditi, determinerà meglio il compito del medico alienista, e darà al medesimo maggior forza morale, tanto più che in omaggio a questo concetto, essa verrà a disporre che il medico entro un dato tempo riferisca sulla necessità o meno di trattenere in cura il malato; soltanto il termine della osservazione riteniamo che debba essere lasciato in facoltà del medico, in quanto che trattandosi di uno studio molto delicato egli possa assumere tutte quelle garanzie che crede necessarie alla emissione del suo giudizio.

Egli è vero che resta pur sempre che la determinazione dell'innocuità, quando si tratti di un vizio di mente, è spesso non molto agevole a stabilirsi; ma ciò viene facilitato dal fatto che l'innocuità la dobbiamo determinare assai di soventi non in via assoluta ma in relazione all'opportunità o alla necessità del sequestro manicomiale, in quanto non è a ritenersi che gli individui giudicati non da manicomio possano essere senz'altro in ogni caso abbandonati a se stessi, ma che ai medesimi invece si debba frequentemente provvedere fuori dell'Istituto ad un ricovero più conveniente da parte dei Comuni e delle Opere pie.

E come un legittimo rigore nell'accettazione deve escludere quelli che stanno fuori dell'orbita delle funzioni manicomiali, un tale rigore ci pare altrettanto giustamente dovrebbe usarsi nel dimettere quei cronici in cui sono venute meno le condizioni per il loro ricovero. Domandava a questo proposito e ben a ragione il Prof. Bianchi se i paralitici passati ad uno stato di completa demenza e fisicamente ridotti all'impotenza non dovessero cessare di soggiornare nell'istituto; ed altrettanto potrebbe dirsi di molti altri dementi che si riducono pressochè nelle stesse condizioni.

Quanto più facilmente potrà compiersi l'osservazione dei malati, quanto più facilmente il medico potrà studiare, controllare abitudini, tendenze ecc. dei medesimi, con altrettanta maggior sicurezza potrà esercitare quel rigore che è indispensabile perchè il manicomio non oltrepassi i limiti della sua vera destinazione: sotto questo riguardo il concetto edilizio che favorisce un relativo riavvicinamento dei singoli padiglioni offre realmente dei vantaggi.

Con tutto ciò non riuscirà possibile tenersi efficacemente su

questa via, se si pon mente che il problema umanitario non deve mai posporre alle considerazioni economiche, fino a tanto che a quelli cui realmente non necessita il ricovero manicomiale la pubblica beneficenza non provvederà adeguatamente.

Gli ospedali cittadini dovrebbero essere sempre secondo noi provvoluti di una sala d'osservazione, ma non riservata in fondo a pochi cronici o ad una stazione di rapido passaggio, o a quei malati dell'ospedale sulle condizioni psichiche dei quali vi sia qualche dubbio, ma istituita invece in modo da accogliere anche certe forme acute di pazzia che sono senz'altro sostenute da condizioni fisiche tali che reclamano sopra ogni altra cosa la cura ospitaliera.

Non raramente ad esempio stati d'alcoolismo giungono al manicomio, di torpore, di smarrimento legati ad una infezione, ad un grave esaurimento, ad una intossicazione pellagrosa, in cui l'indicazione urgente è quella di una assidua cura fisica, mentre abbastanza rapidamente guariscono delle turbe mentali. Se tali sale appunto fossero regolate in modo da soddisfare ai principî della terapeutica, si risparmierebbe a parecchi individui di varcare le soglie del manicomio, il che non è sempre scevro di danno per la loro personalità. Così per tale scopo sarebbe sufficiente che i piccoli ospedali fossero provvoluti di qualche stanzetta d'isolamento.

Ma innanzi tutto sarebbe necessario che gli asili di ricovero, le case di mendicizia realmente esistessero più largamente di quanto non esistano, e che soddisfacessero più largamente allo scopo che si prefiggono, creando appositi ambienti per quelli che richiedono una maggiore assistenza e una certa sorveglianza. Purtroppo le risorse dei Comuni, delle Opere Pie non sono floride: ma, confessiamolo, la beneficenza non è sempre equamente distribuita ed impiegata, e potrebbe perciò forse essere rivolta a maggior incremento di questi asili; senza contare poi che oggidì accade di osservare che se ne ergono e se ne amministrano di nuovi con tale larghezza, da dover limitare il numero dei beneficandi.

Ma eliminata quella classe di dementi innocui non assolutamente da manicomio ma da asilo di ricovero, resta pur sempre il progressivo ed impressionante aumento delle giornate di presenza

consunte dagli alienati poveri a carico provinciale, e il conseguente affollamento dei manicomi, dovuto così all'aumento della pazzia, come, e specialmente, a quello dei cronici. Da qui sorse una serie di provvedimenti che s'impennano tutti nel dare un indirizzo nuovo alla ospitalizzazione dei folli, provvedimenti che avendo di mira il problema dell'affollamento dovrebbero nello stesso tempo curare precipuamente il benessere e il maggior utile dei malati di mente. Giova anzitutto convergere le maggiori cure sugli acuti, sviluppare più che sia possibile il lavoro, mantenere col minor dispendio i cronici, creare secondo alcuni Autori asili distinti per acuti e per cronici, o quanto meno un ricovero distinto per cronici tranquilli, inoperosi, che formano la triste zavorra manicomiale, rimanendo come ideale la istituzione di speciali asili per epilettici, alcoolisti, pellagrosi, frenastenici.

Abbiamo già fatto osservare a questo proposito l'opportunità e la convenienza o meno dell'erezione di un ospizio per cronici affatto separato dal manicomio o di un comparto al medesimo annesso. Quanto all'istituzione di speciali asili per epilettici, frenastenici ecc., se fra la popolazione manicomiale havvi modo di distinguere tali categorie di individui, non è men vero che ad onta di ciò frenosi pellagrose, alcooliche, epilettiche, stati psicopatici costituzionali degenerativi dovrebbero ripetere una speciale assistenza e cura nel manicomio propriamente detto, e che da un altro lato nel frazionamento degli asili si aggraverebbe di molto il problema economico, coll'effetto di avere bensì provveduto a che il manicomio conservi le sue più pure funzioni, ma di vedere di gran lunga aumentati i malati a carico provinciale. Il fine invece che si propongono tali istituti è ben più largo di quello che si prefiggono gli enti provinciali nella cura e nell'assistenza dei pazzi: epperò, nel mentre dobbiamo augurarci che sorgano anche da noi numerosi onde proteggere questi fatali prodotti della patologia sociale e giovar loro, dobbiamo constatare che il problema della loro creazione è legato a troppe considerazioni finanziarie, sorpassa così le attribuzioni delle Provincie in quanto debbono provvedere al mantenimento dei folli, da doversi ritenere attuabile, quando non lo sia per iniziativa privata o d'Opere Pie, solo allora che sieno definiti rapporti affatto nuovi e convenzioni molto speciali fra gli enti interessati alla pubblica beneficenza.



Allo stato attuale delle cose, oltre una *saggia organizzazione manicomiale*, avente lo scopo di assegnare agli acuti le maggiori cure, di favorire in genere tutti i mezzi di cura fisica e morale, di soddisfare alle esigenze della sicurezza sociale e di ciò conciliare senza pregiudizio all'intento economico, oltre ad un' accurata determinazione di quei requisiti per cui è reso necessario l'internamento nell'asilo, contro l'affollamento e il progressivo aumento delle spese è provvido consiglio, che pure risponde ad un concetto terapeutico, quello del *collocamento familiare*, come riescirà efficace la progettata ripartizione fra Comuni e Provincie delle spese di mantenimento, che renderebbe meno facile l'invio di malati, e interesserebbe i Comuni in una ricerca più accurata delle condizioni economiche dei ricoverandi. Lasciando da parte quest'ultimo provvedimento, per intrattenerci di ciò che interessa direttamente il medico, noi facciamo voti che il metodo del collocamento familiare possa diffondersi, come le incoraggianti ed autorevoli affermazioni del Prof. Tamburini ci fanno sperare; pur tuttavia non possiamo a meno di sentirci dubbiosi su di ciò, per quella mancanza da noi di una seria educazione, che possa far sentire alle famiglie cui si affidano malati la responsabilità che si assumono, e che possa sottrarre al concetto della speculazione e dell'interesse. Per di più, come osservava il Wise, i vari sistemi di trattamento degli alienati cronici tranquilli possono applicarsi variamente a seconda dell'ambiente, dei costumi degli individui, delle abitudini locali, delle consuetudini sociali, e da questi punti di vista da noi in generale è più manifesta e più sentita la tendenza ad allontanare il malato di mente dalla società. Nel nostro manicomio è vero si segue con una certa larghezza questa pratica, ma colla differenza però che i malati non vengono affidati che alle loro famiglie quando queste possano offrire certe garanzie di sorveglianza, e che si tratta per lo più di individui di cui riteniamo opportuna la prova nell'ambiente domestico, contribuendo con modesti sussidi al loro mantenimento. L'attenta e costante osservazione, lo studio metodico della natura del disturbo mentale ci pongono in grado di sviluppare il sistema delle *dimissioni precoci e in via d'esperimento* alle quali le famiglie facilmente annuiscono, e che spesso ricercano per la facilità con cui loro permettiamo di visitare i ricoverati e

la solerzia con cui le interessiamo alle loro condizioni: obbedendo in tal guisa più che ad un concetto economico ad un intento terapeutico. Il Tonoli, raccogliendo i risultati delle dimissioni in prova e precoci che si fanno in quest' Istituto, in una sua nota in argomento ne dimostrava con fatti e considerazioni i vantaggi, e possiamo asserire che da noi in questi ultimi anni la percentuale delle dimissioni in prova, che poi rimasero definitive, ha raggiunto un valore elevato e che fra queste molte furono dimissioni precoci nello stretto senso della parola. Stando alla nostra esperienza non possiamo perciò convenire col Finzi che una tale pratica non debba essere razionale, e che i dimessi precocemente, ben s'intende colle dovute cautele, costituiscano un pericolo o ritornino ben presto al manicomio. Più razionale egli soggiunge sarebbe risalire alle cause della pazzia e combatterla diminuendole, oppure poter reagire contro l'azione morbosa e produrre un maggior numero di guarigioni: ma è appunto l'esperienza che ci ha dimostrato che la precoce dimissione può essere in molti casi fonte di un acceleramento della guarigione.

Quanto alla profilassi della pazzia, quale necessità che la società vi si impegni con tutte le sue forze! In un nostro lavoro eseguito col Prof. Seppilli, studiando la pazzia nella provincia di Brescia, non certo interdicendo di dir cose nuove, tracciavamo per sommi capi i concetti profilattici, specialmente in rapporto a due grandi piaghe del nostro paese, l'alcoolismo e la pellagra, e insistevamo in pari tempo sull'importanza che la rigenerazione fisica, cui l'igiene oggi intende, vada di pari passo con quella mentale, la quale deve precisamente fondarsi sull'educazione dell'individuo, della famiglia, della società.

Ma al di fuori di ciò, qualche cosa pure ci resta da sviluppare, di più facile ed immediata attuazione, che serva a diminuire il numero dei folli, quali ad es. il sistema benefico del patronato dei dimessi poveri dal manicomio, cui dovrebbero concorrere le provincie con analoghi sussidi, poichè il non infrequente abbandono a se stessi e la miseria riescono dannosi assai a cervelli già vulnerati e fortemente vulnerabili; l'istituzione di locande sanitarie, di pellagrosari, che le Provincie avrebbero tutto l'interesse a favorire mercè larghi contributi, perchè risparmino tanti candidati alla pazzia. Non abbiamo certo voluto che accen-

nare all'argomento, e saremmo usciti dai limiti del nostro studio, se avessimo voluto occuparci di ciò dettagliatamente.

Nostro scopo fu quello di prendere in esame alcuni concetti di tecnica, che si svolgono intorno ai quesiti della organizzazione dell'asilo, della distribuzione dell'elemento manicomiale, dei vari metodi di trattamento, dell'affollamento dei manicomi, onde valutarne coi criteri obbiettivi dell'esperienza il pratico valore in relazione alla natura dell'elemento da ricoverarsi, ai risultati terapeutici, alle condizioni dell'ambiente, alle funzioni speciali dell'asilo e via dicendo, e nello stesso tempo di considerare in base a ciò come meglio si possa conciliare il benessere dei malati coll'utile economico.

Nelle nostre considerazioni potremo essere in vari punti tacciati di un certo misoneismo, ma ciò è più apparente che reale, in quanto abbiamo fatto tesoro, altamente apprezzandolo, di tutto ciò che per la cura, la custodia e l'assistenza dei folli la scienza consiglia e l'esperienza sancisce. Si potrà forse osservare una preoccupazione soverchia del problema economico. Ma l'asilo, scriveva Parchappe, che alla tecnica manicomiale ha portato un contributo di nozioni che ancora oggi hanno un colorito di freschezza, di modernità, di praticità non comuni, deve avere un carattere di cura, di beneficenza coordinato ad un intento economico: e per quanto quest'ultimo non debba mai precludere il cammino agli intenti umanitari, non abbiamo mai voluto dimenticarci quanto grave e progressivo sia l'onere che le Provincie sostengono per il mantenimento dei folli, e che perciò è giusto che esse non sacrificino a pro degli invalidi, dei mutilati, degli inetti nella lotta per l'esistenza un superfluo di risorse che possono essere meglio rivolte a vantaggio delle forze attive, degli intenti profilattici.

*Brescia, Agosto 1901*

#### BIBLIOGRAFIA

Angiolella. Sullo stato attuale della tecnica manicomiale « Il Manicomio 1. 2. 1901 ».

Atti del 1 Congresso nazionale delle Rappresentanze provinciali in Torino. Torino 1899.

Bechterew. Ueber die Anwendung der Bettruhe bei Geisteskrankheiten. *Centralblatt f. Nervenheil. u. Psych.* 1897.

Bianchi. IX Congresso della Società freniatrica 1899.

Bernardini. La clinoterapia nelle malattie mentali. *Freniatria* 1900.

Brunet. Organisation des Asiles publics d'alienés. *Archives de neurologie* 1896. T. 6.

Congres des alienistes et neurologistes ecc. de Toulouse. *Archives de neurologie* 1897. 1898.

Finzi. Sopra i così detti comparti d'osservazione. *Manicomio di Ferrara* 1900.

Finzi. Una visita al Manicomio di Alt-Scherbitz. *Manicomio di Ferrara* 1899.

Fischer. Stadtasyle u. Irrenversorgung. *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 1 H. 1900.

Funaioli. Cronaca del Manicomio di Siena. 1901.

Garnier. Internement des aliénés. Paris 1898.

Griesinger. Traité des maladies mentales. 1865.

Korsakoff. Neisser. Morel. Magnan. Dautrel. Ardin Delte. XIII Congres international de Paris. 1900. *Archives de neurologie* 1900.

La nuova Legge Comunale e Provinciale annotata da G. Colombo. Hoepli 1901.

Ministero dell'Interno. Assistenza e cura degli alienati.

Marandon de Montyel. Des elements communs a tous les asiles d'alienés. *Der quartiers speciaux d'un asile d'aliénés*. *Neurol.* XXIX. XXX.

Parchappe. De principes a suivre dans la fondation et l'administration des asiles des aliénés. Paris 1853.

Paetz. Die Kolonisierung der Geisteskranken. Berlin 1895. XXX.

Serieux. Le traitement des psychoses aiguës par le traitement interne. de therapie et de pharm. 1897.

Scholz. *Archives de Neurol.* XXIX. 490.

Snell. Die Irrenpflege. Berlin 1897.

Die Aufnahme Abtheilungen der Irrenanstalt. *Zeit. f. Psych.* 1900. S. 870.

Seances de la Société medico-psychologique. *Annales medico-psychologiques* (N.B. È in queste sedute, non, come erroneamente è stato detto, nei Congressi di Toulouse e d'Angers, dove però si trattò di alienati).

che avvenne la discussione fra Christian, Febvré, Sollier, Marandon, Collin' Toulouse ecc. a proposito di opendoor e d'edilizia manicomiale).

Seppilli. Sulla costruzione, sull'organizzazione e funzionamento del Manicomio provinciale di Brescia. Brescia 1901.

Seppilli e Lui. Studio statistico, clinico, antropologico sulla pazzia nella Provincia in Brescia. Commentari dell'Ateneo di Brescia 1899.

Stefani. Affollamento dei manicomi. Padova 1899.

Tamburini. Rivista sper. di Freniatria 1891. IX Congresso della Società freniatria it. 1896.

Tamburini e Fornasari di Vercè. Condizioni dei Manicomi in Italia. Rivista sp. di freniatria 1900.

Tonoli. Dimissioni precoci d'alienati. Rivista di freniatria 1899.

• Della clinoterapia nelle malattie mentali. Bollettino del Manicomio di Ferrara, 1900. (Qui è raccolta copiosamente la letteratura in argomento, e vi abbiamo desunto molte citazioni).

Virgilio. X Congresso della Società freniatria it. Rivista di freniatria, 1900.

Virgilio. Osservazioni alla Relazione di proposta al bilancio 1894. Napoli 1894.

Venturi. Atti del IX Congresso della Società fren. it. 1896.

Wise. Rif. nel Manicomio moderno 1888 - 2.



## Per la diagnosi e la prognosi delle malattie mentali

del Dott. **Alberto Vedrani**

### IV

Evidentemente ogni sintesi scientifica non può essere che una tappa nel cammino ascendente verso la verità: serve di riposo e di stazione opportuna per guardar meglio le cose sottostanti. Tutto, meno i fatti, è provvisorio nella scienza: ma non c'è scienza senza questo provvisorio.

Murri *Policlinico* Anno VI p. 534.

In alcuni dei casi, che negli articoli precedenti ho citato come esempi di frenosi maniaco-depressiva, era stata posta la diagnosi di frenosi isterica: ciò mi dà argomento a toccare questo punto di diagnosi differenziale. Il quale è accennato in tutti i trattati di psichiatria che si sono succeduti nella seconda metà del secolo, in alcuni, come in quello dello Schüle, ampiamente discusso: ma l'esuberanza dei criteri distintivi, proposti da lui, non salvò i medici dall'abbandonarsi alla diagnosi di frenosi isterica con una confidenza ed una frequenza, quali non possono essere più consentite dalla psichiatria, pervenuta oggi a qualche affinamento nella distinzione clinica dei disordini mentali. Il concetto della frenosi isterica di una elasticità onnicomprensiva, indefinito, fluttuante, ineguale nel pensiero dei medici, è stato ed è causa del mal uso di questa designazione.

Scrivono Tamburini, Tonnini e Ferrari (1) che « la frenosi isterica degli alienisti è per lo più un'ibrida combinazione dei fatti psicopatici più svariati, associati a fatti isterici o isteroidi; basta la esagerata femminilità di un soggetto, la smania d'interessare (non comune ai pazzi), perchè ogni psicosi femminile sia chiamata *frenosi isterica*. Ma ciò non è giusto..... ». E Kraepelin (2) ribadisce che « tutta una fila di mali sono compresi nel nome di isterici, che non hanno con questa neurosi re-

---

1) Trattato italiano di patologia medica. Vol. II. p. 532.

2) Psychiatrie. VI Aufl. Bd. II 507.

lazione nessuna. Per lo più si vuole in questo modo designare la presenza di eccitamento sessuale, il quale in realtà si mostra con più forza e frequenza in altre forme di pazzia che non nell'isteria ».

Ciò si confà perfettamente colle consuetudini di leggerezza e di avventatezza, che fanno della nostra specialità una piccola bolgia intellettuale, dove ognuno « libito fa lecito in sua legge »; di una stessa sindrome psicopatica ciascuno di noi coglie il sintoma che più lo impressiona: uno s'appiglia all'idea delirante di persecuzione e dice *paranoia*; un altro sorprende l'allucinazione e dice *frenosi sensoria*; un terzo rileva l'eccitamento sessuale e, perchè s'è fitto in capo che contrassegni l'isterismo, pronuncia la formola: *frenosi isterica*. E se le cose volgono al peggio, e la psiche così giudicata patisce una degradazione, allora si dice, o meglio alcuni dicono che è sopraggiunta una *demenza consecutiva*, perchè essi ammettono che anche la frenosi isterica possa tirarsi dietro questa lugubre conseguenza. In questo senso Agostini (1) ha scritto di recente che « i singoli episodi psicopatici (dell'isterismo) possono facilmente dileguarsi, ma facilmente ricidivano e inducono indebolimenti psichici sempre più accentuati sino alla demenza. Anche in questa si scorge la persistenza delle note del temperamento isterico, specie in quanto riguarda la variabilità dell'umore, il senso genetico esaltato, il pervertimento del senso morale ».

Appunto perchè è necessaria l'epurazione di questo capitolo di patologia dagli elementi estranei, mi pare qui da avvertire che tale concetto dell'isterismo che si fa demenza, il quale non tanto è fondato su fatti empiricamente verificati, quanto dedotto dalla presunzione che i disordini mentali danneggino e debilitino essi, dinamicamente, la psiche (2), è stato cagione per lungo tempo che si attribuisse alla frenosi isterica tutta una serie di casi che ora si dovrebbero assegnare a un processo morboso distinto, se la dottrina della demenza precoce avesse vinta l'ostilità che

---

1) Manuale di Psichiatria. 2.<sup>a</sup> ed. p. 264.

2) « In tesi generale si può dire che nessun turbamento, per quanto lieve, dell'intelligenza rispetta completamente il patrimonio della psiche, e ad esperto osservatore non sfuggirà, in rapporto alla personalità precedente, i guasti recati anche da una lieve psiconevrosi, per quanto prestamente guarita ». Agostini, loc. cit. p. 278.

ancora la serra fuor delle persuasioni della psichiatria più in voga. Io so di parecchi casi accolti un ventennio fa nel manicomio colla diagnosi di frenosi isterica, presentanti ora i sintomi di una particolare demenza: ma questi sintomi attestano, e alcune notizie che restano del passato accusano, il processo della demenza precoce svoltosi fino alla sua fase terminale.

In principio di quest'anno nel Manicomio di Ferrara è morta a 47 anni, di malattia acuta febbrile, una ammalata A. P. (1), entratavi nel 1884 colla diagnosi di frenosi isterica. Da molti anni le manifestazioni del suo male erano uniformi: il suo umore era indifferente, delle cose e persone circostanti si occupava solo per colpirle di sputi, dati senza ira, accompagnati qualche volta da scoppi di risa sguaiate. Questa sudiceria prediligeva, ma ne praticava d'ogni sorta (imbrattare il letto cogli escrementi o col cibo masticato, voltolarsi nella polvere). L'espressione del viso era vivace e si sarebbe detta intelligente: ma non dava in risposta altro che stravaganze.

D. Come si chiama?

R. *Girapresto.*

D. Che mestiere fa?

R. *Lavandaia* (è possidente).

D. Quanti anni ha?

R. 27 (ne ha 47).

D. Dove si trova ora?

R. *A Caffè.*

D. In che anno siamo?

R. *1862 ...vado in Chiesa quando posso.*

D. Da quanto tempo è qui?

R. *Da quando hanno scoperto il pozzo... della festa da ballo in poi.*

Altre stravaganze rispondeva ad invisibili interlocutori, e, nei monologhi, presentava il sintoma di Forel della insalata di parole. Lo stesso sintoma si manifestava in lunghe file di frasi staccate, declamate ad alta voce come litanie « *asino della tranquillità.... peste della troia..... peste nera.... impestato marcio.... moralità e vergogna* ». Accompagnava queste declamazioni col movimento ritmico d'una gamba.

1) Corrisponde al N. 1942 nell'Archivio del Manicomio di Ferrara.



Ed ecco i sintomi che presentava 17 anni sono, e che furono diagnosticati frenosi isterica.

Si hanno queste sole notizie: ha 27 anni, è stata fino da giovanetta di carattere capriccioso: andata a marito, ha subito maltrattamenti ed è stata da lui abbandonata. La malattia presente è cominciata con idee di persecuzione, rifiuto di cibo, apparente smarrimento. Il 30 settembre 1884 è condotta al manicomio. 1-5 ottobre: ricusa cibarsi: alimentazione forzata. Dice che tutti cercano di farla cambiare nel suo personale: accusa sensazioni vaghe al capo, al petto, al ventre. Incisole un piccolo ascesso a un dito, dice che le han strappato il cuore. Mangia a sbalzi e talora di nascosto. Scrive la seguente lettera:

*Mia mamma,*

*Gli sconvolgimenti e le perturbazioni successe in me dopo che la mia mente fummi tolta e con deliri e con orrendi attentati, tutto fece sì che smarrita di ragione raccappezzar non potrò mai il successo. Or da una parte or da un' altra sveglia-si l'infelice mia mente, ma chi s' interpone alle frasi mie sard' colui che rinegando la ragione ai materni affetti stimolava il mio povero cuor a gemer lontana mentre di sua presenza sentia mia vita rinascere. Quando a me vicina l'aveva, quando accanto a Lei sentivo mia nuova vita a fiorire, ma chi studiosi di rapire miei sensi, di formar tal confusione di vedermela ad allontanare? Eppure la mia mente smarrita non trova a chi esternar mie sciagure e patimenti, prima perchè, l'incomprensibile, regna pure per me, poscia perchè alla lontananza mi tengono di coloro che sorvegliando miei affanni, porrebbero ogni cura a sollevarmene dandomi in seno, ovvero porru appresso a persone del cuore. Dacchè mi lasciai qui condurre, senza sapere cosa mi facessi, sempre la mia mente è rivolta nel penetrare a qualche straordinario avvenimento, onde faran sì che a me celato sia. Ma..... se a spensieratezza e a godimento trasportata mi fossi, potrei compatire la continuazione di una sì crudele esistenza, e niuno invocherei a voler scuotere quel cuor che così mi regge. Sopportai e sopporto soffrir e patimenti di ogni genere, indicando con verità che in ogni mia lunghissima notte sento trasportarmi all'altra vita, in forza di che mi compaiono tutte quelle visioni che m' invitano alla sa-*

*lute per poter un giorno con Festa solenne rivederci innanzi all' altare uniti alla famiglia. Quei detti a me supremi mi giudicano, danno al pianto mio quella libera pienezza in me penetrante, ma allo spuntar di questa mesta luce mi trovo in quell' esuberante abbattimento che tutta mi travolge, e con febbre continua e con melanconia smisurata che l'ardenza e la brama di vedere i miei cari finisce in un tormento che non mi cessa. Oggi se ho deciso di inviarle la presente pregandola a venire istantaneamente da me, creda che è proprio per la necessità che ho di abbracciare quella anima benedetta che di suo materno affetto ridonerà la salute a chi isolata più non regge, Tutti i fratelli ardo parlar quel di che potrò a loro dire che ogni felicità sia in loro cosparta. Di Lucia vorrei saperne dimora onde invocar di suo lume per la ragion guidarmi di sicura fonte al giusto prevertimento del fratello Antonio. Io che all' amor di tutti ne vivo e in questa sciagura di male mi trovo! Oh fullo cessar o madre mia che fra le spine ove ora sono succedan i tuoi passi e la vista tua darammi quella sanità e pace che or tutto mi è tolto! In attesa di vederla con ogni prosperità la benedizione chiede anticipata la sua figlia amata*

*Annetta.*

Che cosa aveva in questo caso persuasa e determinata la diagnosi di frenosi isterica? Forse la considerazione di certa particolarità del contegno apprezzate come capricciosità, forse il rifiuto del cibo e poi il mangiare di nascosto riguardato come simulazione, forse la descrizione degli « sconvolgimenti ed orrendi deliri » interpretati come teatralità. Noi vedremo più avanti che, anche dopo meditato quel capolavoro della psichiatria clinica d'oggi che è il capitolo Dementia precox nell'ultima edizione del libro di Kraepelin, la diagnosi differenziale dell'isterismo dalle varie forme di demenza precoce è in certi casi e in dati momenti difficile o impossibile: figuriamoci quindi venti anni addietro. Se da un lato Hecker aveva da molto tempo notate come proprie (frequenti se non essenziali) degli scritti degli ebefrenici alcune particolarità: per esempio la tendenza al fraseggiare altisonante e vacuo che si rileva nella lettera sopra riportata, splendido squarcio di eloquenza ebefrenica, dall'altro lato Schüle metteva fra le note distintive specifiche delle manie isteriche quella confu-

sione verbale, che noi abbiamo imparato a conoscere come caratteristica della demenza precoce « la fuga delle idee (loquacità incessante, vociferazioni, verbigerazioni) senza movimenti lussureggianti; fuga delle idee che non procede per associazioni logiche o per assonanza, ma consiste in idee strane senza nesso e in un miscuglio caleidoscopico di parole, di cui spesso se ne sceglie una e le si dà una vera caccia ». Schüle poi descriveva sette tipi di paranoie isteriche: il settimo tipo aveva due varietà, di cui la seconda era la « demenza isterica primaria con degenerazione ».

Sette tipi di paranoie isteriche, con qualche varietà per giunta, sono tal cosa da far smarrire al lettore l'orientamento in un insulto di vertigine tenebrosa.

Vediamo quali forme la patologia mentale odierna serba alla frenosi isterica. Sorvolando su quello stato psicopatico che si dice *carattere isterico*, perchè non è nella sua identificazione che può darsi un conflitto di pareri; vediamo le meglio definite in quella moltitudine di forme che d'ordinario balzano su da questo fondo di emotività abnorme e di elevata suggestività.

Da Krafft-Ebing a Kraepelin e a Wernicke la conoscenza di questi stati non ha fatto molto cammino. È noto che Krafft-Ebing (1) distingueva stati di pazzia transitoria, stati deliranti protratti, psicosi isteriche (mania e melanconia isteriche, follia morale, paranoia primitiva ed anche demenza irresistibilmente progressiva). Negli stati transitori comprende: stati violenti d'ansia con turbamento della coscienza, deliri istero epilettici, stati estatico-visionari, stati di moria, stati crepuscolari con facile e coatta riproduzione di ciò che è avvenuto o si è letto. Gli stati deliranti protratti « appaiono in modo acuto, scompaiono ad un tratto, durano settimane e mesi, decorrono fra esacerbazioni e remissioni..... Soltanto di rado questi fenomeni si associano agli attacchi isterici gravi e decorrono con essi..... Posano sopra il fondo di un esaurimento temporaneo (mestruazioni profuse, puerperio, climaterio). Le emozioni sembrano esserne la causa ultima. Recidivano facilmente, finirono però sempre colla

---

1) Trattato, trad. it. 1896 Vol. II p. 231. 253.

guarigione nei 18 casi di mia osservazione. Il delirio presenta un miscuglio dei più svariati deliri primordiali. Più frequente il delirio di persecuzione con ansia reattiva spesso assai violenta.... Non sono rare le allucinazioni in tutti i sensi ».

Kraepelin (1) descrive dapprima gli attacchi di sonno e di sonnambulismo. « Accessi del tutto somiglianti, egli dice, si osservano anche di giorno: i quali si sviluppano di solito alla fine di un accesso convulsivo e qualche volta anche di un accesso di riso e di pianto. Gli ammalati fanno l'impressione di sonnambuli: vanno e vengono, gesticolando e parlando da sè leggermente e incomprensibilmente. »

« Un'altra forma di stato crepuscolare si collega alla fase delirante del grande accesso isterico. Qui nel turbamento della coscienza si stabiliscono errori sensoriali in massa, i quali trasportano l'ammalato o in situazioni di vita spiacevoli o in stati convulsivi con senso di voluttà e visioni celesti, disposizioni che poi naturalmente si specchiano in tutto il contegno, il parlare e i movimenti espressivi ».

« Finalmente si osservano, specie negli ammalati giovani, stati crepuscolari con speciale eccitamento goffo. Gli ammalati sono di un umore prevalentemente allegro, sguaiato, scambiano il loro ambiente, fanno discorsi pungenti, tengono un contegno sciocco e capriccioso, commettono dei tiri stolti e insolenti, gridano, imitano voci d'animali, corrono attorno ».

« Anche si osservano nell'isteria certi disturbi psichici più delimitati, che sembrano essere semplicemente forme sintomatiche della malattia fondamentale. Vi appartengono dapprima stati d'animo, senza ragione, tristi o ansiosi, i quali durano più o meno a lungo accompagnati da idee di colpa o di persecuzione, qualche volta anche da illusioni ed allucinazioni. Anche più frequenti sono stati di eccitamento di tutti i generi per lo più in forma di stizza e di collera, con violenti attacchi d'ingiurie, con tendenza a rompere e a lordare; legati di solito a qualche stimolo esteriore, a un disgusto, a un eccitamento di gelosia ecc. ».

Wernicke (2) annovera le seguenti forme di psicosi acute isteriche: « i cosiddetti stati crepuscolari. Specialmente negli iste-

1) Psychiatrie. VI Aufl. Bd II 505-507.

2) Grundriss der Psychiatrie 1900. Theil III, 514-518.

roepilettici se ne osserva una determinata forma accompagnante l'accesso, tanto frequentemente che autori francesi ne han fatto uno stadio dell'accesso medesimo. Non tanto l'ottusità del sensorio, quanto il disorientamento allopsichico totale costituisce il contrassegno principale di questi stati che per lo più durano solo poco tempo. Gli ammalati si comportano corrispondentemente a uno stato sognante, per lo più colorito di molto affetto. Specialmente un infortunio che li ha colpiti, la perdita dei parenti e simili per lo più vi giocano una parte. Già questo cosiddetto stato emozionale degli accessi isteroepilettici entra così nel campo delle allopsicosi deliranti.

« Ancora molto più corrisponde a questo concetto il cosiddetto Delirio isterico: una psicosi acuta che si presenta da sè con furia di movimenti di origine sensoria, e totale disorientamento allopsichico senza un determinato affetto dominante. Le manifestazioni spontanee di questi ammalati sono in conseguenza delle loro molteplici distrazioni sensorie, anche per ipermetamorfosi, in alto grado incoerenti: solo eventualmente e per un momento, è possibile fissarli ed avere da loro risposte. Allucinazioni tattili e fonemi, con abnorme finezza localizzati, giocano una parte principale. Generale tremore muscolare, l'avvento dei cosiddetti sintomi dei cordoni laterali e decadimento del corpo possono accompagnare i sintomi psichici e condurre in poche settimane a morte. Anche sintomi prevalentemente ipocondriaci si osservano qualche volta nel delirio isterico.

« La cosiddetta catalessi degli isterici, cioè casi di psicosi acinetica di durata relativamente breve. Il sensorio vi è per lo più profondamente ottuso; e frequentemente, a giudicarne dalla beata espressione del viso, tutto occupato da avvenimenti di sogno estatico-religiosi. Uno stadio di indebolimento residuale, senza stadio paranoico, passa rapidamente a guarigione. Avviene anche che questi stati estatici recidivano e trapassano in una forma continuata di immobilità completa. Un caso del genere io vidi finire con la morte.

« I casi ricordati sono vere psicosi. Abbastanza frequenti si vedono anche casi di malattia, i quali non tanto hanno l'impronta delle psicosi acute distinte, quanto di forme di passaggio o miste tra degenerazione isterica o depravazione di carattere e

sintomi psicotici isolati. Nei riparti d'alienati delle grandi città le prostitute danno un contingente grande a questi casi di malattia, per la indisciplinatezza molto fastidiosi.

« Indipendentemente da accesso istero-epilettico, in bambini e negli scolari che sono nel tempo dello sviluppo, io ho osservato molto di frequente psicosi isteriche di breve durata da mezza a più ore, che recidivano senza regola, in seguito a qualche emozione. Si dovranno aggiungere alle psicosi transitorie. Gli accessi consistono per lo più in uno scambio della situazione pieno d'angoscia, simile al *pavor nocturnus* dei bambini; in casi più miti presentano una specie di psicosi ansiosa abortiva; p. e. si viene non a scambiare situazione e persone, ma a idee vivamente angosciose, qualche volta rivestite in fonemi, con impeti furiosi: attaccare i parenti o ciecamente percuotere intorno a sè, lacerare.

Come causa di questa psicosi che, con opportuna cura, guarisce rapidamente, e, anche senza, a poco a poco svanisce, si possono per lo più invocare emozioni e alcuni momenti debilitanti, come sforzi psichici, poco sonno e simili. Cominciano di solito con uno stadio preparatorio nel quale hanno luogo cefalea, palpitazione di cuore, sintomi vasomotori e svenimenti.

Stati crepuscolari di più giorni con disorientamento allopsichico totale quasi fino all'asimbolia, ed episodici sintomi paracinetici, si presentano talvolta dopo grandi emozioni in individui giovani ».

Wernike accenna a psicosi isteriche atipiche, come delirio di persecuzione diretto contro una persona, agli stati di doppia coscienza ed anche a particolari forme di psicosi isteriche recentemente descritte da Ganser (1).

« Da Ganser sono stati recentemente descritti de' casi nei quali ammalati, con sensorio apparentemente libero e completa lucidità, rispondevano così insufficientemente e a rovescio alle domande loro dirette, che facevano venire il sospetto d'inganno, tanto più che in parte si trattava di imprigionati. Se non che la dimostrazione di stimate isteriche portava (e noi crediamo con ragione) l'autore alla opinione che si trattasse di un cosiddetto stato crepuscolare. Questo concetto trova anche un appoggio in

---

1) *Arch. f. Psych.* 30 Bd p. 633.

ciò che gli ammalati prima descritti, indubitatamente isterici, presentavano frequentemente lo stesso sintoma delle risposte insensate come a farlo apposta ». Solo il nome di stato crepuscolare pare a Wernicke non bene appropriato a questi casi. Non il sensorio è abbassato, ma l'estensione del materiale psichico è limitata; c'è un restringimento della coscienza come nella suggestione degli ipnotizzati in stato di veglia.

Intorno a questa forma di Ganser è tornato di recente il Raecke (1) con nuove osservazioni. Riferisco appunto da Raecke che anche Iolly nella sua esauriente descrizione dell'isteria nel Trattato di medicina pratica (Ebstein u. Schwalbe, 4 Bd 1900), sulla base di osservazioni proprie, in prigionieri sottoposti ad esame peritale e specialmente istero-traumatici, si è unito senza riserva alle conclusioni di Ganser, ed ha anche dimostrato che simili stati si presentano anche in casi regolari di isteria grave. Inoltre a complemento dei dati di Ganser, Iolly rileva che tali stati possono durare fino a più mesi, e che relativamente spesso si osserva la sequela di accessi numerosi che durano ore e giorni, separati solo da brevi lucidi intervalli.

Il sintoma dunque più sorprendente nei malati di Ganser consiste in ciò, che alle domande più semplici a loro volta non possono rispondere, sebbeni essi, colle loro espressioni, danno a vedere di avere completamente capito il senso della domanda. Questo speciale stato confusionale, nel quale si presentano anche allucinazioni e sono dimostrabili disturbi della sensibilità, dura più giorni, ed al suo sparire si lascia dietro amnesia per uno spazio di tempo più o meno lungo.

Per dare un esempio, ecco un frammento dell'interrogatorio d'uno degli ammalati (2).

Potete contare fino a 10? — Sì (non lo fa e tace).

Che cosa segue ad uno? — Due

Poi? — Due tre e novanta.

E dopo? — 1 2 3 4 5 7 8 9 10 11 14 17 18 19 20 21 24 27.

---

1) Raecke zur Kenntniss des hysterischen Dämmerzustandes (*Allgemeine Zeitschr. f. Psych.* 1901 Bd LVIII. p. 115.).

2) Ganser loc. cit.

2 più 1? — 3,

3 più 2? — 7.

In che città siamo? — A Berlino in Russia.

Quanti nasi avete? — Io non so.

Avete un naso? — Io non so se ho un naso.

Avete gli occhi? — Io non ho occhi.

Quante dita avete? — 11.

Quanti orecchi? — (si tasta) 2.

Quante gambe ha un cavallo? — 3.

E un elefante? — 5.

Tali essendo, secondo gli autori fin qui citati, le psicopatie acute episodiche attribuite all'isterismo, conviene domandarsi: queste forme hanno nei sintomi psichici tanto che basti per contrassegnare la loro origine e natura isterica? La questione è importante; perchè la Clinica che ha riconosciute per isteriche queste psicosi, perchè le ha viste accompagnarsi o succedere alle stimmate somatiche dell'isterismo, ha poi verificato che le stesse possono presentarsi e passare scompagnate da quelle stimmate. Charcot (1), rilevando che la fase delle attitudini passionali può mostrarsi isolata, nel senso ch'essa irrompe *d'emblée* senza prodromi o con tali che non vengono in vista, diceva « quando l'accesso di mania con allucinazioni è preceduto da un arco di cerchio bene spiccato, il diagnostico è relativamente agevole. Ma non è affatto lo stesso quando il delirio scoppia inaspettatamente, senza essere preceduto da convulsioni, in un soggetto che non ha mai avute e che non ha attualmente, nell'intervallo delle crisi, degli accidenti spasmodici: un cangiamento brusco dell'andatura e della fisionomia, la fissità dello sguardo o lo strabismo convergente, un cangiamento della voce, un piccolo singhiozzo sono spesso i soli fenomeni che si manifestano nel momento che il delirio scoppia; e conviene aggiungere, per meglio ancora mostrar le difficoltà che si possono incontrare nell'interpretazione di casi del genere, che, il più spesso forse, le stimmate permanenti fanno difetto: niente di emianestesia, niente di restringimento del campo visivo e di punti isterogeni ecc. Gli accessi maniaci (*sic*) occupano allora isolatamente la scena, senza accompagnamento, come rappresentanti monosintomatici della malattia.

---

1) Leçon du mardi. Tome, I pag. 137.



Ora, perchè questo che Charcot diceva della fase psichica del grande accesso, che è il caso più volgarmente noto, a maggior ragione si può ripetere delle altre psicosi sopra ricordate, le necessità della pratica ci fanno domandare: sono questi stati isterici riconoscibili dai soli sintomi psichici? Stando a Wernicke, parrebbe di sì. « Le psicosi isteriche frequentemente già dalla forma clinica che presentano sono diagnosticabili ». Egli però s'affretta a soggiungere: « ma per la diagnosi è sempre argomento principale poter dimostrare l'esistenza di sintomi isterici innanzi allo scoppio della malattia acuta ». « In molti casi la dimostrazione delle così dette stimate isteriche, al tempo della malattia acuta, è possibile, e con ciò la diagnosi è fatta sicura » (1) E sempre, quando si vuole giustificare una diagnosi di pazzia isterica, si cerca di produrre, come suggello che ogni uomo sganni, la dimostrazione dei sintomi somatici.

Binswanger (2) ha descritto il caso di un uomo di 24 anni stato sempre sano, entrato quasi improvvisamente in uno stato di oscuramento di coscienza. Disorientato, confuso, non risponde a tono, è ipoalgescico. Dopo pochi giorni rapidamente si ristabilisce, coscienza lucida, sensibilità intatta, perdita completa dei ricordi dei primi cinque giorni di malattia. L'autore fondava la sua diagnosi di stato crepuscolare isterico sui primi disturbi della sensibilità, sull'esistenza di punti dolenti alla pressione, sull'assenza del riflesso faringeo.

Pick cita l'esempio di un malato, che era stato condotto con un certificato della polizia, dove si diceva che era caduto in un fosso e che nascondeva la sua identità. Egli diagnosticò « psicosi isterica » perchè presentava delle stimate. Una diagnosi di psicosi isterica non confortata dalla loro presenza è riguardata poco meno che un castello in aria e suscita diffidenze.

« Quali sono, scriveva De-Sanctis (3), i confini nel concetto di equivalente d'un attacco?... Tolgasi ad un isterico il suo accesso ed ogni alterazione permanente nella sensibilità, e della isteria non resterà alcun che di caratteristico. Il famoso criterio

---

1) loc. cit. p. 517.

2) *Monatsschr. f. Psych. und. Neurol.* Bd III. H. 2. 1898.

3) *Rivista di Freniatria.* Vol. XX 1894 p. 424.

del restringimento nel campo delle coscienze, della tendenza alla formazione di personalità molteplici, a che cosa serve per la diagnosi differenziale colla neurastenia e colle paranoie rudimentarie? ». Il prof. Bonfigli (1) poi in un caso di demonopatia escludeva l'isterismo per mancanza di stimmate appariscenti, non ostante si trattasse d'una donna eminentemente suggestionabile.

Questo cercare le ragioni della diagnosi altrove che nelle sindromi psicopatiche, vuol dire che esse non lasciano scorgere dei caratteri patognomonici, anzi c'è chi le concepisce addirittura come complicazioni dell'isteria. Sono noti in proposito i concetti ripetutamente espressi da Moebius. « Isteriche, egli dice, sono tutte quelle morbose alterazioni del corpo, le quali sono provocate da idee »; ed aggiunge: « Io noto che per chi accetta la sopraddetta definizione la psicosi isterica diventa una complicazione. Che essa accompagni molto spesso l'isteria, ciò ha evidentemente la sua ragione in questo, che l'alterazione psichica che forma l'essenza dell'isteria e consiste nel poter provocare mediante idee i più diversi disordini del corpo, è affine a quelle i cui sintomi sono il carattere isterico o la frenosi isterica » (2).

Altrimenti giudica Kraepelin, il quale, pure ammettendo che si debba considerare come in qualche modo caratteristica per tutti gli stati morbosi isterici la straordinaria facilità e rapidità colle quali stati psichici si traducono in molteplici alterazioni somatiche, e che nello stabilirsi di essi giocano verosimilmente una parte essenziale la cresciuta espansione di eccitazioni emotive e la morbosa estensione dei sintomi corporei a quelle concomitanti (3), afferma: « Appunto per ciò io debbo contraddire a Moebius in quanto egli tiene i disordini psichici degli isterici per complicazioni. Essi sono, secondo la mia persuasione, niente altro che manifestazioni della stessa causa che sta per fondamento dei sintomi corporei. La speciale acutezza della suggestibilità emotiva difficilmente mancherà anche in quei casi d'isteria nei

---

1) *Rivista di Freniatria*. 1894 p. 347.

2) Ueber einen Fall von hysterischer Psychose. Ref. in *Revue neurologique* 1901. p. 415.

3) Moebius. Ueber den Begriff der Hysterie. *Centralb. für Nervenheilk* 1888. Questa e le successive pubblicazioni sull'argomento sono raccolte in *Neurologische Beiträge*. 1 H.

quali fanno difetto i sintomi della degenerazione isterica. « L'ultimo rapporto fra tristezza e lagrime non è più comprensibile di quello fra timore e anestesia. L'angoscia può eccitare la nostra attività intestinale e incanutire i nostri capelli, come l'isteria può produrre edema e disturbo del movimento del cuore. Anche disturbi della coscienza, fortissima tensione unilaterale dell'attenzione con insensibilità per altre direzioni, noi troviamo per effetto delle commozioni del sentimento ». « Nella molteplicità di personalità, sempre si tratta solo dell'effetto di autosuggestione; il nuovo stato si forma così come il malato se l'è rappresentato; egli non è cambiato realmente in un bambino, ma lo imita se anche inconsapevolmente e involontariamente ».

Dopo ciò se, incitati dai bisogni della nostra pratica che ci mette spesso nel caso di dover decidere la diagnosi senza il soccorso dei sintomi somatici e senza la luce di notizie anamnestiche sicure, se noi riandiamo i caratteri che i libri danno come più propri della cosiddetta mania e della depressione isterica, troviamo che si attribuisce importanza alle allucinazioni per la loro particolare frequenza e per lo speciale contenuto; e alle idee deliranti a contenuto demonomaniaco ed erotico religioso. « Le allucinazioni che si presentano nelle isteriche anche fuori degli accessi hanno questo di caratteristico che sono sempre terrificanti o spiacevoli o ributtanti » (1). Le figure delle allucinazioni sono scheletri animali, fantasmi deformi. Ma quando si viene a trarne argomento per decidere una diagnosi, ecco che a ragione se ne diffida. Mingazzini e Pacetti in una splendida monografia (2) di fronte a casi di psicosi neuralgiche presentanti simili allucinazioni ed alla ipotesi, da altri proposta, che si tratti di manifestazioni isteriche scrivono « se si considera che le medesime allucinazioni si osservano anche in altri stati morbosi, che si verificano con eguale frequenza in pazienti nei quali non vi è stata mai traccia alcuna d'isteria, che infine allucinazioni visive press'a poco simili si osservano lungo il corso di accessi emicranici intercor-

---

1) Tamburini, Tonnini e Ferrari loc. cit. p. 531.

2) Studio clinico sulle psicosi neuralgiche. *Rivista sperimentale di Freniatria* Vol. XXII.

renti nella paralisi progressiva, si dovrà convenire che tale ipotesi non ha a suo favore alcun fatto assolutamente dimostrativo.

Il Kraepelin che nel trattato, con la severa diligenza a lui propria, nota, in ogni capitolo di patologia mentale, allucinazioni e idee deliranti raccolte dalle manifestazioni verbali degli ammalati, e tanto abbonda nel riferire, che ne riempie qualche volta le intere pagine, ha fatto, con questo, opera che a qualcuno parve stucchevole e vana, nè io dirò che sia divertente; certo non è oziosa perchè egli riesce così a dimostrare come male s'appongono quelli che fondano distinzioni cliniche sul contenuto degli errori sensoriali e dei deliri. Egli poi ascrive alla frenosi maniaco-depressiva una forma di eccitamento maniaco, contrassegnato dallo sviluppo rapido di un profondo disturbo sognante della coscienza con numerosi errori sensoriali e confuse idee deliranti. « Si presentano errori sensoriali in massa. Tutto è alterato, si brucia, uccelli volano tutt'attorno nell'aria, appariscono spiriti, gittano serpenti in viso agli ammalati, sulle pareti strisciano ombre. Essi sentono suoni di campane, spari, rumori d'acque, la voce di Dio annunzia a loro il giudizio finale, il proscioglimento da tutte le colpe. Il caffè puzza di morto, le mani sono come imputridite, il cibo ha gusto di carne di capra o d'uomo, l'acqua sa di solfo (1). Non seguito a riferire dal testo questa filastrocca utile: ma noto che, di fronte a questo gruppo di eccitamenti circolari, le allucinazioni numerose e di carattere variabile (Krafft-Ebing, Agostini), che dovrebbero contraddistinguere la mania isterica da quella circolare, una volta di più perdono ogni valore. Con questo non negherò io che le allucinazioni paurose o ributtanti, e le idee erotiche, religiose o a colorito demonomaniaco non siano singolarmente frequenti nelle psicosi isteriche; così come tipi abbastanza caratteristici di allucinazioni e idee deliranti si ripetono con particolare frequenza nel delirium tremens, nell'epilessia, nella paralisi; io escludo che abbiano valore di note specifiche e vi si possa far sopra assegnamento per la diagnosi. Maggior valore, senza dubbio, ha il rilievo di un decorso breve ed irregolare per la facile variabilità di alcuni sintomi, massime dell'umore (questa mutabilità dell'umore è una delle poche caratteristiche che dal fondo isterico passino nella psicosi acuta).

1) Kraepelin loc. cit. p. 382-83,

« Tutti questi stati di eccitamento e depressione isterica, dice Kraepelin, passano via per lo più rapidamente in poche ore, giorni o al più settimane. Al contrario degli accessi maniaci, essi prendono un decorso completamente irregolare, influenzato da accidentalità, se anche qualche volta, per collegarsi colle mestruazioni, ritornano a periodi fissi. Oltre a ciò, agli eccitamenti mancano sempre quegli importanti sintomi che sono l'ideorrea e la particolare ressa d'affaccendamenti: per lo più essi portano del tutto i caratteri di vivaci espressioni di sentimenti. Così le depressioni degli isterici non sono accompagnate dall'arresto psicomotorio, il quale distingue gli stati di depressione della frenosi maniaco-depressiva ».

Questi argomenti hanno senza dubbio un bel valore per l'eliminazione della frenosi maniaco-depressiva. Accenni logorroici (sempre intendendo per logorrea e ideorrea non l'abbondanza, ma la fugacità delle idee nessuna delle quali riesce ad esercitare un influsso direttivo nello svolgersi del pensiero) si presentano certamente anche nell'esaltamento gaio di soggetti isterici, ma sempre come fenomeno transitorio. Il frammento seguente è tolto dallo scritto di un'isterica (1) in eccitamento gaio: siamo, come si vede, ancora lontani dalla fuga delle idee dei maniaci.

« Bene non fa niente chi vuol vivere e andar bene piglia il mondo come viene, dicono a S. Luca; sì bene la Luzia deve avere centesimi dieci per avermi dato un panetto dei suoi è stanca di aspettare e mi vuole sequestrare il tuo ritratto cioè la tua fotografia, bisogna che mi metta a fare una bella calligrafia se no il babbo mi dice che sono ammalata l'inchè mi trova bene sguaiata non ha torto ma stia in gamba fino ai ginocchi perchè potrei tirargli la barba come ha fatto la vecchia Gallinelli ecc. ».

Molto dimostrativo è il fatto, che io ho più volte osservato, di soggetti isterici che venuti nel manicomio per accessi convulsivi hanno tolto ad imitare, dopo qualche tempo, le agitazioni maniache: riescono infatti a far del rumore e qualche guasto, cantano o ingiuriano o dicono oscenità, ma non è affar loro sviluppare e riprodurre il meraviglioso fenomeno dell'ideorrea. Tale il

---

1) Archivio del Manicomio di Ferrara N. 3373.

caso della Elisa L. (1) la quale, condotta nel manicomio per convulsioni isteriche, dopo qualche anno ha cominciato a presentare una sequela di agitazioni gaie o dolorose tutte di breve durata, motivate spesso da futili contrasti coll'ambiente: le agitazioni dolorose consistono in strida, ingiurie e rifiuto di cibo; le gaie in canti prolungati e parole mordaci con palese imitazione di qualche vicino esemplare. In tre anni mai ho potuto sorprendere neppure accenni di logorrea. Anche più interessante è il caso che segue.

Elisa C. (2). Era da qualche anno infermiera del Manicomio, quando una sera verso le ore 8 1/2, mentre prestava servizio di guardia, è improvvisamente colta da gravissimo accesso di agitazione; morde la compagna di guardia, rompe una porta, con forza erculeale, canta e parla con insolenza e disordine, è in preda a forti allucinazioni (vedeva la madre morta e le parlava e l'apostrofava; inveiva contro il fidanzato). In quel tempo aveva patemi d'animo, ed essendo mestruata, il flusso sanguigno si era quel giorno stesso improvvisamente sospeso in seguito ad un bagno freddo ai piedi.

Si usarono come calmanti la iosciamina Merck e il cloralio idrato con benefico effetto. Questo primo accesso fu seguito successivamente da altri cinque a intervallo di pochi giorni l'uno dall'altro, e con un modo d'insorgere pressoché simile; l'ammalata però presentiva l'insorgere dell'attacco, sicché qualche volta si fece anche assicurare spontaneamente prima del suo scoppio. A poco poco i fatti morbosi si dileguarono, ed essa poté riprendere le sue mansioni di infermiera.

Stette bene circa due anni; poi una mattina, dopo una notte in cui era stata libera ed era ritornata più tardi dell'ora concessale, comincia improvvisamente a rompere stoviglie, stracciare vestiti, percuotere. Ha idee disordinate e allucinazioni, zuffola, canta, ha turpiloquio. Trattata con iosciamina, si calma per alcune ore; poi torna ad agitarsi come prima.

L'agitazione si presenta ad accessi della durata di 12 a 12 ore e con intervalli anche di 1 o 2 giorni di calma, durante i quali l'inferma parla ordinatamente. Durante gli accessi di agitazione sviluppa una forza straordinaria, rompe i corpetti di forza, morde, percuote ecc.

È quindi passata nel ruolo delle inferme.

Da allora fino ad oggi la donna ha presentato una successione irregolare di eccitamenti allegri, di irritazioni stizzose e colleriche e di periodi di relativo benessere (in uno di questi fu dimessa dal manicomio per lo spazio

---

1) N. 2961 dell'Archivio del Manicomio di Ferrara.

2) N. 2614 dell'Archivio del Manicomio di Ferrara.

di sei mesi). Nell'eccitamento gaio canta a lungo e si compiace del parlare più sfacciatamente osceno; nella collera non parla coi medici e sputa a loro addosso (e solamente a loro se si avvicinano). Nel 1894 ebbe un periodo in cui bamboleggiava: andava accattando pietruzze e pezzetti di carta « da portare al nonno ». Mai ha presentato logorrea.

I passaggi alle collere sono determinati da influssi dell'ambiente: da arrabbature colle amiche. Questa donna ha avuto sempre l'arte di suscitare nel personale d'assistenza particolari amicizie (È un fenomeno analogo a quello studiato da Obici nei collegi). Sono amiche, nelle quali la gelosia invelenisce ed avvisa l'amore, devote fino al sacrificio, che sfidano i pericoli del licenziamento e s'alzano di notte.... a portarle del vino.

Mai fu possibile estirpare questo guaio sempre rinascente.

Non ostante la superficiale tinta maniacale, questi eccitamenti e questi furori senza ideorrea e senza affaccendamento (Thatendrang) sono semplicemente delle istericate; espressioni vivaci di sentimenti facilmente cangianti. Mentre la frenosi maniaco-depressiva si elimina per la mancanza dei sintomi caratteristici che, in così lungo volgere di decorso, avrebbero pure dovuto affermarsi, l'isterismo si è palesato e si palesa per più altri segni: i caratteri dei primi accessi che sono quelli di fasi passionali, il bamboleggiare di un altro periodo, oscillazioni violente dell'umore per motivi futili, la stessa arte « sorprendente negli isterici di stringere relazioni per raggiungere piccoli e grandi vantaggi e fare di sé il centro bene osservato dell'ambiente » (Kraepelin).

L'alcoolismo clandestino gioca spesso in queste manifestazioni isteriche la parte di agente provocatore.

Il caso seguente dimostra che l'isterismo è l'animatore di qualcuna di quelle melancolie giovanili, che si rinfacciano al concetto kraepeliniano della melanconia psicosi d'involuzione. Si tratta di una giovane di 26 anni, M. S. (1) studente nella scuola di magistero, accolta nel manicomio di Ferrara il 13 Aprile 1899. Si presentava in aspetto di melanconica senza la più piccola manifestazione di rallentata psico-motilità: a tutte le domande rispondeva mestamente: « debbo morire per i miei peccati ». Parecchie volte rifiutò di cibarsi e una volta fece un blando tentativo di suicidio.

La storia forniva queste poche notizie. Ha avuto molteplici

---

1) N. 3338 dell'Archivio.

manifestazioni tubercolari. A 19 anni ha subito disturbi psichici (paure, idee di persecuzione). Durarono quattro mesi: poi è stata bene fino al presente. Patemi d'animo per la non riuscita dei suoi esami da maestra hanno preceduta la psicopatia attuale, manifestatasi con insonnio, cefalea, tristezza, desiderio di piangere, tendenza ad allontanarsi da casa.

L'assenza adunque di rallentamento psicomotorio mi facevano considerare come improbabile in questo caso la frenosi maniaco-depressiva e per la mancanza di sintomi positivi dovevo escludere la demenza precoce. D'altra parte per ammettere senz'altro una melanconia essenziale, avrei dovuto passar sopra agli insegnamenti dell'osservazione clinica più accurata, che l'ha dimostrata non propria degli anni giovanili. Così l'eliminazione mi portava a prendere in considerazione l'isterismo del quale l'ammalata stessa, avviata a guarire dopo circa due mesi, ha data una dimostrazione sicura nella relazione seguente che scrisse per mio invito. La riproduco integralmente perchè, meglio di qualunque descrizione, ha valore di contributo alla conoscenza degli stati isterici di melanconia.

*Io aveva 19 anni, quando in seguito a gravi malattie sofferte (p'eurite sinistra, tabe mesenterica, resezione in una costola dal lato sinistro, un'altro tumore in una costola del lato destro, che venne a suppurazione da sè e con iniezioni di tintura di iodio guarì, un'artrite al braccio sinistro, e mancamenti di respiro) ebbi a subire una crisi che mi fece soffrire più delle malattie suindicate. Da circa cinque mesi ero oppressa da tristezza che mi cagionava insonnia e inappetenza. In sull'albeggiare del ventitre di marzo del 1892 feci un sogno. Mi sentii crepitare scintille di fuoco intorno al capo. Due uomini brutti mi tenevano fortemente stretta pei fianchi, in modo ch'io non potevo nè muovermi, nè gridare, e con un certo sogghigno mi dicevano: A ora ci sei: la porta di fianco al mio letto si aperse, e una donna che stava in casa mia mi si fece innanzi e mi guardava pallida e pietosa. Io dopo alcuni sforzi che feci per liberarmi da quell'incubo gridando: Oh Maria: mi destai, ciò mi aveva alquanto impressionata.*

*Il terzo giorno dopo questo sogno io era più del solito trista, eseguivo con molta fatica le faccende di casa; e verso le 11 mentre stava per uscire venni meno. Dopo rimedi prestatimi rinvenni, ma era oppressa, da un forte peso al capo, da mancamento di respiro e mi sembrava di essere morta sui fianchi all'estremità degli arti inferiori. Andai in letto e chiamato il medico presi un calmante ma non migliorai, il giorno dopo stava peggio, aveva una*



forte impressione di morire, io allora desiderava molto la compagna dei parenti e delle amiche. Il terzo giorno sentitami maggiormente impaurita e oppressa, la mamma mandò di nuovo pel medico, e questi vedendomi molto agitata mi ordinò una medicina, ch' io a nessun costo volli prendere, dicendo che era veleno, poi dissi a' miei genitori che in caso ch' io non migliorassi m' avessero condotta all' ospedale. La notte di questo giorno la passai con grandi spaventi, temeva di vedere i miei genitori, mi sembrava che in una stanza attigua alla mia vi fosse molta gente che confusamente camminava e si avanzava nella mia camera borbottando. Mi pareva di sentire sul letto a correre persone e aveva orrore persino di un gallo che avevo in casa. Io allora volli ricorrere alla religione per vedere se cessavano i terrori che provava e perchè ancora mi sembrava di morire. Ma anche con quel rimedio per allora non trovai sollievo. Dopo due o tre giorni passati in letto mi alzai, non aveva forza di attendere alla casa e al lavoro, e anche volendolo io non capiva quel che faceva: allora cominciava a temere di tutti, non desiderava più la compagnia delle amiche, fuggiva i parenti, desiderava di star sola e nascosta perchè temeva che tutti mi facessero del male; se udiva la musica, o a cantare o il rumore di carrozze piangeva e fuggiva perchè diceva che erano tutti segni che precedevano la mia condanna.

Mi sembrava che il sole non risplendesse colla solita sua luce, vedeva tutte le cose sotto un' aspetto diverso. Il cattivo tempo mi faceva molto paura perchè mi pareva di udire delle grida e correre gente sopra il tetto della mia casa e vedeva sopra una terrazza uomini a litigarsi. Aveva poi fortemente in me l' impressione della fine del mondo. Di sera io vedeva in un orto vicino correre gente ravvolta in fiamme, e una stanza tutta infocata dore alcuni vi stavano immersi. Io durante il tempo che ebbi quel male, se così si può chiamare, dormiva poco o niente, aveva sempre di notte immagini dinanzi. Alle volte sognava di essere inseguita da gente che mi volevano uccidere e io correva con affanno per le vie, entrava in stanze buie, usciva da queste per ripararmi in altri luoghi, poi finiva di nascondermi in un tempio ma anche lì era inseguita e allora mi svegliava e mi guardava d' intorno impaurita. Più volte tentai di togliermi la vita ma quando mi vedeva dinnanzi al pericolo mi ritirava. Così saliva sul tetto di una casa vicina e mi avanzava fino alla grondaia per gettarmi giù, mi sedeva sulla ringhiera della scala allo scopo di rovesciarmi, una volta tentai di uccidermi con un coltello, ma arrivato il babbo me lo tolse. Non voleva mai uscire di casa perchè temeva la vista di tutti, e soltanto vi andava quando alcune mie compagne mi costringevano a forza. Un mattino uscita con una parente la pregai di lasciarmi in chiesa ai Teatini, mentre ella andava a spendere, e poi le fuggii allo scopo di ritrovare, girando per le vie di campagna la salute, o la morte; ma sorvenutami d' avere la mamma inferma, ritornai a casa. Nei quattro mesi che soffrii quel malanno, una volta solo, uscii di casa di mia volontà. Erano le undici di un mat-

tino di luglio, e io pregai e ripregai la mamma che m'avesse permesso d'andare a S. Spirito, promettendole di ritornare fra poco. Con rincrescimento me lo permise, e io andata in chiesa e non avendo ritrovato nessun sollievo al mio male, anzi sentendomi agitata e senza alcuna speranza di bene, uscii e mi diressi fuori porta san Giovanni. Ogni volta che passava d'innanzi a qualche rigagnolo mi veniva la tentazione di gettarmivi dentro, ma il pensiero della mamma me n'asteneva e poi anche perchè fra una vita tanto infelice nutriva un lontano presentimento di guarigione. Girvagai per quattro ore sempre sola, poi ritornai a casa. Da quel giorno la mamma non mi lasciò più uscire. Io era sempre taciturna, provava qualche interna inquietudine, soltanto una sera scattai colla madre e col fratello minore. Altre volte mi sentiva la volontà di metter sossopra la stanza di una inquilina e per quanto mi facessi violenza non poteva astenermi. La buona donna mi guardava, ma mi compativa. Mi sentiva molto pesa in tutta la persona, soffriva acuti dolor di capo, non amava di lavorare, nè di leggere, nè alcun'altra occupazione. Ogni mattino aveva l'impressione di non arrivare alla sera. Altre volte mi veniva il pensiero di non esistere più, ma che io era già in un mondo d'oltretomba ricoino di pena senza fine, e allora interrogava la mamma e le diceva che io non era più con lei, ma era il mio spirito che si trovasse lì a soffrire.

Mi persuadeva poscia ch'io viveva, ma la vita mi era, in quel modo, assai discara. Desiderava di sentirmi libera e tranquilla e non sapeva come togliermi da quel brutto stato di vita. Allora non presi mai medicine e non voleva neppur veder medici, perchè diceva di non esser ammalata. Non amava di far niente, ma qualche volta leggeva libri specialmente religiosi; e fu per mezzo di uno di questi ch'ella quella volta riacquistai la salute. Leggeva un giorno come Santa Caterina da Siena avendo veduto due condannati trascinati per le vie, non ricordo ora se di Siena, o di altra città, tormentati molto nei loro corpi e molestati da tanti demoni che aspettavano le loro anime, per precipitarle nell'inferno, la Santa impietosita ottenne a loro da Dio il perdono e quei poveretti da disperati, si tranquillarono e morirono in pace. Lessi ancora una breve istoria dell'apparizione della Vergine di Lourdes e i prodigi operati per mezzo dell'acqua che fece scaturire presso la Grotta dove apparve. Allora io, che per quello che provava aveva il pensiero di essere già all'inferno, ma che poi mi persuadeva che l'anima l'aveva ancora unita al corpo, pensai che per mezzo di essa sarei guarita. Dissi, se quei due condannati che erano, si può dire nell'abisso ottennero l'uno e l'altra la salute dell'anima, io che viveva poteva di certo ottenere e l'una e l'altra immergendomi nella fonte di Lourdes. Ma questo pensiero non poteva effettuarlo perchè richiedeva spese, che la mia famiglia non poteva sostenere. Allora pensai che la virtù che avrebbe avuta la fonte, l'avrebbe pure avuta una stilla di quell'acqua. Senza manifestare ad alcuno questo pensiero e la speranza ch'io nutriva in cuore di una prossima miracolosa guarigione, perchè il manifestarlo temeva

che mi fosse tolta la fede; chiamai il fratello minore, lo pregai di tacere, se desiderava la mia salute, la commissione che gli dava, la quale era di prendere alcuni ninboli, comperare col danaro dell'oglio, portarlo ad ardere in una lampada della madonna nella chiesa di S. Gregorio, e farsi dare dal rettore di questa chiesa un po' d'acqua della Madonna di Lourdes. Il fratello eseguì appunto quanto io gli aveva imposto. Portatami l'acqua richiesta alle due pom. dei tre d' Agosto dell'anno suindicato, io ne bevetti, poi mi bagnai il capo le braccia, e le parti del corpo che soffrivano di più. Scesi poscia nell'orto di mia casa, sempre taciturno e colle solite impressioni che mi tormentavano vi stetti fino verso le dell' ore pom. Salì allora nella mia camera, mi lavai il viso e le mani, immergendo nell'acqua comune alcune gocce dell'acqua della fronte prodigiosa. Subito mi sentì il braccio sinistro talmente alleggerito che mi sembrava di non averlo, ciò mi faceva ad un tempo piacere e paura, asciugandomi provai lo stesso effetto nel braccio destro. Allora mi nacque viva, viva la speranza ch'io avrei per mezzo di quell'acqua riacquistata la salute. Mi bagnai poscia il petto e la vita e all'istante mi sentì sciogliere come da un busto di ferro. L'alleggerimento che allora provai e la quiete che sentiva nascermi in cuore mi costrinse al pianto. Non mi sentiva però perfettamente guarita, specialmente mi opprimeva il peso e il dolore del capo e non erano ancora cessate tutte le mie paure. Mi teneva però certa di essere libera di tutto fra qualche giorno. Il quattro Agosto presi pure di quell'acqua e feci in me la stessa operazione del giorno precedente, ma non ebbi niente a notare in quanto alla sperata guarigione, aveva soltanto qualche lieve alleggerimento della persona e una viva fiducia di guarire. Il 5 Agosto ripetei la cura spirituale come negli altri due, non ebbi alcun sintomo di miglioramento ma mi sentiva tranquilla e sicura di guarire. Alla sera mi coricai non aveva sonno, era però calma, il tempo cattivo che in quella sera minacciava non mi faceva più alcuna impressione, non aveva più cattive immagini dinanzi a me soltanto mi tormentava il peso e il dolore del capo. Suonavano le 11 1/2 quando prima mi sentì un forte battimento di cuore, poi un alleggerimento totale in tutta la persona e in seguito come una mano di velluto che mi tolse il peso e il dolore del capo, tanto ch'io credeva persino d'avere un'altra testa, mi sentiva del tutto guarita e libera di ogni timore. Non dormii in tutta la notte dal contento e desiderava il giorno per uscire di casa. Appena spuntata l'alba mi alzai, corsi a guardarmi nello specchio, per vedere se l'aspetto mio era bello come il bene che sentiva. Era invece molto abbattuta e trista ma ciò non mi spaventava perchè mi sentiva guarita.

## CRONACA

**Nomine.** Col 1° Maggio p. p. l'egregio dott. Antonio D'Ormea fu promosso a primo medico assistente, e a coprire il posto da lui lasciato vacante fu chiamato il dott. Giuseppe Muggia, distinto allievo delle Cliniche di Bologna, che ha assunto il servizio col 1 Agosto. Ai valenti colleghi e collaboratori le nostre più vive congratulazioni.

**Ignoto Benefattore.** Un ignoto benefattore ha fatto pervenire a questa Direzione la somma di L. 50 con piena facoltà di erogarla nel modo creduto migliore a vantaggio degli infermieri e dei malati. Questa Direzione ha versato L. 30 nella cassa degli infermieri e L. 20 in quella della Società di Patronato per i pazzi poveri dimessi dal Manicomio.

## NOTIZIE

**XI. Congresso della Società Freniatria Italiana.** Dal 29 Settembre al 3 Ottobre p. v. avrà luogo in Ancona l'XI Congresso della Società Freniatria Italiana.

Il Congresso si occuperà in modo speciale dei Temi seguenti: 1. Sui progressi della Psichiatria, della Neuropatologia e della Tecnica manicomiale. Relatori Dott. G. Seppilli e R. Tamhroni. II. Sulla classificazione delle psicopatie. Relatore Dott. S. De-Sanctis. III. Genesi e nosografia della Paralisi progressiva. Relatore Prof. L. Bianchi. IV. L'indirizzo pratico che la Psichiatria può dare alla Pedagogia. Relatore Dott. C. Agostini. V. Sui criteri e i modi per la educabilità dei deficienti e dei dementi. Relatori Dott. S. De-Sanctis e R. Colucci. VI. Sui provvedimenti per diminuire l'affollamento dei Manicomi e il carico relativo delle Provincie. Relatore Prof. A. Tamburini.

Al Congresso sarà annessa una Esposizione Freniatria relativa a tutto quanto concerne i Manicomi, le Cliniche psichiatriche e neuropatologiche, e Istituzioni congeneri (Istituti (edilizia, organizzazione ecc.), materiale e servizi igienici, materiale terapeutico e tecnico, materiale scientifico, pubblicazioni ecc.).

**Nuovo Giornale.** Per cura del Comitato permanente interprovinciale contro la pellagra verrà presto iniziata la pubblicazione di una « *Rivista pella-grologica italiana* », che si propone di riassumere tutta la produzione pella-grologica d'ordine scientifico medico e profilattico. La redazione è composta dell'avv. L. Perissutti presidente, dell'ing. G. B. Cantarutti, segretario del Comitato interprovinciale contro la pellagra in Udine, e del dott. G. Antonini, direttore del Manicomio di Voghera per la parte medica.

**Giubileo professionale.** In occasione del compimento del venticinquesimo anno di insegnamento del Prof. Augusto Tamburini si è costituito un Comitato per festeggiare nel prossimo novembre tale lieta ricorrenza. Le offerte che a tale scopo i colleghi e i discepoli del Prof. Tamburini vorranno inviare, debbono essere dirette al Dott. G. C. Ferrari, segretario del Comitato.

Società di Patronato per i pazzi poveri dimessi dal Manicomio.

|                    |   |   |   |   |             |
|--------------------|---|---|---|---|-------------|
| Somma precedente   | . | . | . | . | L. 2238. 02 |
| Offerte malati     | . | . | . | . | » 2. 25     |
| Ignoto benefattore | . | . | . | . | » 20. —     |
| Totale             |   |   |   |   | L. 2260. 27 |

*Movimento dei malati nel mese di Maggio 1901*

|         |                                          | Esistenti |     | Entrati |    | USCITI  |   |          |   |                    |   |                       |   | Morti |   | Rimasti |     |
|---------|------------------------------------------|-----------|-----|---------|----|---------|---|----------|---|--------------------|---|-----------------------|---|-------|---|---------|-----|
|         |                                          |           |     |         |    | guariti |   | miglior. |   | non mi-<br>giorati |   | per non<br>ver. pazz. |   |       |   |         |     |
|         |                                          |           |     |         |    |         |   |          |   |                    |   |                       |   |       |   |         |     |
| U       | D                                        | U         | D   | U       | D  | U       | D | U        | D | U                  | D | U                     | D | U     | D |         |     |
| Appart. | {<br>Prov. di Ferrara<br>altre Provincie | 203       | 187 | 13      | 23 | 8       | 3 |          | 3 | 1                  |   |                       |   | 5     | 3 | 202     | 201 |
|         |                                          | 27        | 15  | 1       |    |         |   |          |   | 1                  | 1 |                       |   |       |   | 27      | 14  |
|         |                                          | 230       | 202 | 14      | 23 | 8       | 3 |          | 3 | 2                  | 1 |                       |   | 5     | 3 | 229     | 215 |

*Movimento dei malati nel mese di Giugno 1901*

|         |                  |     |     |    |    |   |   |   |   |  |  |  |  |   |   |     |     |
|---------|------------------|-----|-----|----|----|---|---|---|---|--|--|--|--|---|---|-----|-----|
| Appart. | Prov. di Ferrara | 202 | 201 | 12 | 11 | 7 | 5 | 2 | 4 |  |  |  |  | 6 | 1 | 199 | 202 |
|         | altre Provincie  | 27  | 14  |    |    |   |   |   |   |  |  |  |  |   |   | 27  | 14  |
|         |                  | 229 | 215 | 12 | 11 | 7 | 5 | 2 | 4 |  |  |  |  | 6 | 1 | 226 | 216 |

*Movimento dei malati nel mese di Luglio 1901*

|         |                  |     |     |    |    |   |   |   |   |   |   |  |  |   |  |     |     |
|---------|------------------|-----|-----|----|----|---|---|---|---|---|---|--|--|---|--|-----|-----|
| Appart. | Prov. di Ferrara | 199 | 202 | 16 | 11 | 5 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 |  |  | 2 |  | 205 | 207 |
|         | altre Provincie  | 27  | 14  | 1  |    |   |   |   |   | 1 |   |  |  |   |  | 27  | 14  |
|         |                  | 226 | 216 | 17 | 11 | 5 | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 |  |  | 2 |  | 232 | 221 |

*Movimento dei malati nel mese di Agosto 1901*

|         |                  |     |     |   |    |   |   |   |   |  |   |  |  |   |   |     |     |
|---------|------------------|-----|-----|---|----|---|---|---|---|--|---|--|--|---|---|-----|-----|
| Appart. | Prov. di Ferrara | 205 | 207 | 7 | 11 | 6 | 2 | 1 | 2 |  | 1 |  |  | 1 | 2 | 204 | 211 |
|         | altre Provincie  | 27  | 14  | 1 | 1  |   |   |   |   |  |   |  |  |   |   | 28  | 15  |
|         |                  | 232 | 221 | 8 | 12 | 6 | 2 | 1 | 2 |  | 1 |  |  | 1 | 2 | 232 | 226 |

Direttore — R. TAMBRONI.

Redattori — CAPPELLETTI - D'ORMEA - FINZI - LAMBRANZI - MUGGIA - VEDRANI.









UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 07697 3984

